



ホップ・ステップ・こっちゃん 行き



0725-92-9977

相談支援事業所様名		担当相談支援員様 ご氏名	様
TEL		FAX	

無料体験、見学申込書

令和 年 月 日

ふりがな				性別	男・女
ご利用者様氏名					
生年月日(年齢)	年	月	日	歳	
住所	〒 -				
TEL					
保護者様連絡先	保護者様氏名		続柄		
	連絡先	①	②		
在籍校(園)など	【学校(園)名】		【学年】	年生 ・ 入学予定	
体験希望日時	祝日		時 ~ 時迄	送迎	希望する ・ 希望しない
障害者種別 程 度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 通所受給者証 (日) /支給 障がい名 () <input type="checkbox"/> 療育手帳 (級) () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ()				
服 薬	あり ・ なし	お薬情報	()		
利用児童の状態や注意事項、要望など					