

(別紙様式1)

㊫ 「訪問発達相談」申込書

年 月 日

岐阜市子ども・若者総合支援センター“エールぎふ”所長宛

学校名

校長名

下記のとおり、「訪問発達相談」を申し込みます。

年 月 日現在 記入者：

相談日	年 月 日 ()	
	時 分 ~ 時 分	
ふりがな 対象児童生徒名 (男・女)	年 組	【生年月日】 年 月 日
		【年齢】 歳 ヶ月
授業参観・ 相談会等の流れ	時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分	
相談会参加予定者 (相談される全員の 分掌名及び氏名)		
相談内容		
各種情報 ① 家族構成・ 家庭環境 ② 学習面 ③ 行動面 ④ 医療・健康 (診断) ⑤ 生育歴 ⑥ 相談歴等 ⑦ 検査 (手帳の有無) ⑧ その他		

※相談日は電話で調整してから記入願います。また、各種情報は記入できる番号を選択してください。(別紙にて情報があれば未記入で結構です)

※相談日の1週間前をめどに、岐阜市子ども・若者総合支援センター“エールぎふ”所長宛に提出してください。
個人情報を取り扱うため、慎重に願います。(電話：269-1321)