

# 令和8年度 こどもとそだちの相談会 申込書

ふりがな	性別	生年月日				
本人氏名	男・女	平成 令和	年	月	日	
保護者氏名	住所 〒□□□□-□□□□ (必ず御記入ください)					
連絡のとりやすい電話番号をお書きください						
自宅 ( ) -						
携帯 ( ) -						
本人の所属 ( ) 歳児 ( ) 年生 担任名 ( )						
保育所・保育園・幼稚園・学校・その他						
相談したいこと ( A～Hに○をつけてください。複数でも結構です。)						
A ことば ことばが遅れている。発音が気になる。吃音。会話がうまくできないなど						
B 性格や行動 すぐカッとなる。落ち着きがない。集団行動が苦手。友達とうまくかわれないなど						
C 生活習慣 身のまわりのことができない。排泄が自立しない。気になるくせがある、生活リズムが乱れがち。整理整頓ができないなど						
D 養育 しつけの仕方がわからない。家庭でのかかわり方がわからないなど						
E 就学や進路 どのような教育内容や学校があるか。本人(自分)に合った就学先や進路を相談したいなど						
F 学習 学習に遅れがある。絵が描けない。読み書きが困難など						
G 身体や病気 発作がある。聞こえ方や見え方に問題がないか。手足が不自由であるなど						
● 相談したいことを具体的にお書きください。						
* 「相談したいこと」に関連して受診されている場合は、御記入ください。						
医療機関名 ( ) 主治医 ( Dr. )						
希望日時	第1希望	月	日(土)	①9:00	②10:40	③13:30
※5月は ①②のみ	第2希望	月	日(土)	①9:00	②10:40	③13:30
電話連絡をする場合、何時頃がよろしいですか。 ( ) 時頃)						
文書の郵送は当センターの封筒を使ってもよろしいですか。 (は い ・ いいえ)						
園や学校に子ども(ご本人)の様子をお尋ねしてもよろしいですか。 (は い ・ いいえ)						

※ 受付後、当センターより電話で詳細を御連絡します。

※ 申込締切は、**各実施日の2週間前**です。

締切日前であっても定員になり次第締め切りますのでご了解ください。

【申込書の送付先】 福井県特別支援教育センター

〒910-0846 福井市四ツ井2丁目8-1 TEL 0776-53-6574