送信先：水戸市こども発達支援センター「すくすく・みと」宛

　　　　　　　　　FAX：０２９－２５３－３６５５

　　　　　　　　　　　　　　　＊FAXの場合はこのまま，送信してください。

令和６年度 巡回訪問指導申込書

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 電話番号 | TEL 　 FAX |
| メールアドレス |  |
| 施設長名 |  |
| 担当者名 | 　職名　　　　　　　　　氏名＊こちらから連絡をする際の窓口となる方をお書きください。 |
| 対象児 | 　５歳児　　　　名　（うち新規　　　名） | 計　　　　名　（うち新規　　名） |
| ４歳児　　　　名　（うち新規　　　名） |
| 　３歳児　　　　名　（うち新規　　　名） |
| 　２歳児　　　　名　（うち新規　　　名） |
| １歳児　　　　名　（うち新規　　　名） |
| 0歳児　　　　名　（うち新規　　　名） |
| 訪問者の希望 | ＊特に希望する場合は○をつけてください。（複数回答可）・言語聴覚士・臨床心理士・その他（　　　　　　） |
| 訪問希望日 | ＊1日の訪問は対象児3名までになるようにお願いします。人数が多い場合は，クラス等を考慮し，それぞれの欄に複数日を書いてください。 |
| 1回目(5月～９月) | 第1希望日 |  |
| 第2希望日 |  |
| 第3希望日 |  |
| 2回目(10月～2月) | 第1希望日 |  |
| 第2希望日 |  |
| 第3希望日 |  |
| ＊ご要望（訪問時間，考慮して欲しい事）など |