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 | | | | |