**訪問支援利用申込書**

記入年月日：　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 所属長名 |  | | |
| 担当（担任）名 |  | | |
| 対象者名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | | |
| 診断名  □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　） | | □療育手帳（　　　　）級  □精神保健福祉手帳（　　　　）級  □無 | |
| 相談の内容 | □行動観察　　　□対応についての助言　　　　□保護者面談  □その他（ | | |
| 訪問支援希望日 | 第１希望日　 　　　 年　 月　 日（　　　：　　～　　：　　　）  第２希望日　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　：　　～　　：　　　）  第３希望日　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　：　　～　　：　　　）  第４希望日　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　：　　～　　：　　　）  ※複数あげてください。希望日を基に日程を調整させていただきます。 | | |
| 訪問支援実施日 | 令和 年 月 日（　　　　：　　　～　　　　：　　　　）  ※決定した日時を当センターが記入 | | |
| 後日支援センターから電話でご連絡をさせていただきます。ご連絡する場合は（　　　　　）先生・様 | | | |

青森県発達障害者支援センター「わかば」（津軽地域）

〒０３７－００６９

　　五所川原市若葉３丁目４−１０

TEL　　０１７３－２６－５２５４

FAX　　０１７３－２６－５２５５

メール　wakaba@aorld.com