

こども発達支援センター青空 療育利用申込書

私は、大阪府障害者福祉事業団「こども発達支援センター青空 療育事業実施要項」及び「利用に関するお願い」の記載内容について了解した上で、療育利用の申し込みをします。

記入年月日 令和 年 月 日

ご家族代表氏名

(令和8年4月1日時点)

ふりがな				ふりがな			
児童氏名				ご家族代表氏名			
生年月日	平成 令和 年 月 日			住 所	〒		
年 齢	令和8年4月時点 オ ヶ月	性別					
4月より、利用 予定の幼稚園、 保育所、通園施 設、小学校、支 援学校など				電 話	() -		
				F A X	() -		
	年 月	機 関 名		診断内容・判定内容・療育形態など			
医療機関				(医師名)			
				(医師名)			
相談機関							
療育機関 (児童発達支援 放課後等サービス等)							
療育希望 の動機							