**児童デイサービス　平成２９年度 春休み　ＦＡＸ申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな利用者氏名 |  | ふりがな保護者氏名 |  |
|  |  |
| 学校・学年 | 学校：　　　　　　　　　　　　　　　　学年：小・中・高　　　　年 |
| 住所 | 〒　　 －四日市市 |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 手帳等の有無について(該当項目に☑) | □ 身体障害者手帳　　　□ 医師の診断書　　　　　　　　　　□ なし□ 療育手帳　　　　　　□ 児童相談所で発行される判定書□ 精神保健福祉手帳　　□ 特別支援学校または特別支援学級の在籍証明書 |

◆**これまでに当センターの児童デイサービスを利用されたことはありますか。**

　　　利用あり　・　利用なし

◆**その他、連絡事項等ありましたらご記入ください。**

【お問合せ先】　四日市市障害者福祉センター　　　上田・長友

四日市市諏訪町２－２　総合会館３階

TEL：３５４－８２７５　　FAX：３５４－８４２６　　E-mail：y-with@m3.cty-net.ne.jp