児童デイサービス　令和５年度 夏　　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 ※診断書・判定書・在籍証明書は、発行後３か月以内のものが有効 （過去に提出された方も、利用時は再度提出をお願いします。）		

◆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

◆希望日時に〇を付けてください。（複数の場合は希望順に数字を記入してください。）

~~（　　）７月２４日（月）：料理~~
（　　）７月３１日（月）：音楽
~~（　　）８月１４日（月）：ボーリング~~
（　　）８月２５日（金）：プラネタリウム
（　　）７月２８日（金）：プラネタリウム
（　　）８月　７日（月）：音楽
（　　）８月２１日（月）：料理
~~（　　）８月２８日（月）：ボーリング~~

◆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　　磯貝・朝倉
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