

児童デイサービス 令和5年度 冬 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☑)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 児童相談所で発行される判定書 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 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○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。)

(      ) 12月25日(月)：オリエンテーリング + クリスマス音楽

(      ) 1月5日(金)：オリエンテーリング + カレンダー工作

◆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