

<ここから 申し込み用紙>

☆参加希望の方は、以下の空欄にご記入下さい。

申し込み日：令和 年 月 日

お子さんの名前	ふりがな 性別：男・女 年齢： 歳
子どもの所属	学校・園（ ） 事業所（ ） その他（ ）

参加を希望される 開催日	月 日
参加される 保護者名	ふりがな
住所	〒
連絡先（日中連絡がとれる）	自宅：
	携帯：
お子さんとの関わり で困っていること あるいは 他の保護者に聞いて みたいこと	

加古川市立こども療育センター

TEL：079-452-2511

FAX：079-452-2552

心理担当：小川，井上