株式会社　新潟福祉会

利用申込書

申し込み施設名　　放課後等デイサービスひなた

　　　　　　　　　住所：新潟市中央区川岸町2－7－3リバーステージ新潟1階

申込日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 男　　女 | 生年月日 |
| お子さまの名前 |  | 平成　　年　　月　　日　（　　歳） |
| （ふりがな） |  |
| 保護者の名前 |  |
| 住　　所 |  |
| 電　　話 |  | 日中の連絡先 |  |
| メールアドレス（PC・携帯） |  |

＊以下　記入できる箇所のみご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 相談支援事業所 |  |
| 相談支援員の名前 |  |
| これまでお使いの児童発達支援事業所 | （あり・なし）事業所名： |
| 併用利用をお考えの事業所 |  |
| 就学先（予定）の学校名 |  |
| 送迎希望 | あり　　なし |
| 診断名（気になる特性でも結構です。） |  |
| 事業所に希望されることチェックをお願いします。 | * 放課後等の居場所　　**□**　専門的な療育
* 土曜日のクラブ活動（クッキング・絵画・運動等を予定）
* 母子・父子療育　　　**□**　子育てに関する相談
 |
| 事由記載 |  |

**面談申込書**

申し込み　　　令和　　年　　月　　日

具体的なお子さまの様子、利用・契約までの流れなどについてご説明させていただきます。また、今後の事についてのご相談など担当者が知りうる限りとはなりますが、お話を伺わせていただきます。

**所要時間：30分～1時間程度　（託児等ご相談に応じます）**

**曜日・時間　　月～金　　午前9時～午後6時**

**土　　　　午前9時～午後4時**

＊上記の時間に限らずどうしてものご要望があれば時間外または休日も対応いたします。ただし、この際、託児等は出来かねますので保護者様のみでお越しください。

**＊希望される面談候補日を3日程度　ご記入ください**

1　第一希望　　　令和　　年　　　　月　　　　日（　　）

　　　　　　　時間：　　　時　　分～

2　第二希望　　　令和　　年　　　　月　　　　日（　　）

　　　　　　　時間：　　　時　　分～

3　第三希望　　　令和　　年　　　　月　　　　日（　　）

　　　　　　　時間：　　　時　　分～

4　事業所の都合で提案してください。

**面談申し込みから一週間以内に担当者より連絡させていただきます。**

＊希望される連絡方法にチェックをおつけください。

連絡先：　**□**　自宅電話　　**□**　携帯電話（　時　　分～　　時　　分）　　**□**　メール