

ハートっ子かすみがうら利用相談申込書

名前： _____ (_____ 歳) _____ 男・女 _____

学校名： _____ 学校 _____ 年 _____ 支援級・普通級 _____

診断名： _____

現在、利用されている機関： _____

(他児童デイサービス、移動支援等)

送迎希望 (有・無) _____ ご住所 _____

相談したいこと・気になること

保護者氏名： _____

連絡先 (電話番号) _____ :

連絡可能日、時間帯等 _____

ご記入ありがとうございました。
FAX またはメールにてお申込み下さい。

〒315-0052 茨城県かすみがうら市下稲吉 2279-1

TEL : 029-893-3523 / FAX : 029-893-3524

URL <http://kawashima-k.info>

E-mail kasumigaura@kawashima-k.info



児童発達支援・放課後等デイサービス

ハートっ子かすみがうら

FAX:029-893-3524