

ハート子さくら利用相談申込書

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。

〒305-0003 茨城県つくば市桜 3-3-6
TEL : 029-846-0100 / FAX : 029-846-0101
URL <http://kawashima-k.info>
E-mail h-sakura@isshin.gr.jp



児童発達支援 放課後等デイサービス

ハート子さくら

FAX 029-846-0100