

送信先 (FAX) 04-7165-2516

もしくは(メール) abcas@bz01.plala.or.jp

ペアレントメンター千葉
千葉県発達障害者支援センターCAS 東葛飾

個別相談申込票 (ペアレントメンター千葉)

令和 年 月 日

相談対象者 (お子さん)	年齢	歳 (男・女)	
	所属	未就園・幼稚園・保育園・小学校・中学校 高校・専門学校・大学・在宅 その他 ()	
	診断	無・有 (診断名)	
	居住地	市・町・村	
相談希望者 (保護者)	お名前		
	ご関係	①母親 ②父親 ③その他 ()	
連絡方法	ご都合のよい連絡先をご記入ください。		
	□電話:	—	—
	□FAX:	—	—
	□メール:		
	注意: ご連絡の際に「発達障害者支援センター」と名乗ってもよろしいですか?	はい・いいえ	
相談要旨	□家族関係 □学校関係 □情報提供 □その他 ()		
	要旨 (簡単にでかまいません)		

-----以下、記入しないでください。-----

事務局記入欄

Re: 月 日 (tel / fax / mail)

千葉県発達障害者支援センター 担当: 佐々木・臼井・鈴木