

支援室ゆい 巡回支援申込書

申込日： R 年 月 日

障がい福祉課

支援室ゆい 担当者 宛て

(FAX: 73-1963)

申請者 所属 先:

代表者氏名:

連絡 先:

巡回支援依頼について

担当者氏名	(主任・クラス担任等)
希望月	特になし・ 月頃
希望曜日	特になし・ 月 火 水 木 金
希望時間	特になし・AM PM 時 分 ~ 時 分
対象児人数	【新規: 人】 【継続: 人】 (内訳) 1歳児クラス... 名 2歳児クラス... 名 3歳児クラス... 名 4歳児クラス... 名 5歳児クラス... 名

その他(除外日や要望等があれば記入して下さい)

*氏名など個人情報を記入しないようご注意ください。

--

送信先 : 宮古島市障がい福祉課

宮古島市発達障害児(者) 支援室ゆい

TEL : 73-1975 FAX:73-1963