2024 年度　フォローアップ巡回療育申込

年　　月　　日　申し込み

申込期間：5/7(火)9:00～5/9(木)17:00 必着

園名
TEL（　　）　　FAX（　　）
園長先生のお名前
対象児の人数　　１　・　２　　人（〇をつけてください） **対象児の内訳：そよ風既受診児（　　）名・未受診児（　　）名**
先着１５ヶ園に漏れた場合 **キャンセルします　　・　　通常巡回に申し込みます**

※1 クラス 2 人以内厳守でお願いします

『相談対象児の状況記入票』につきましては、

巡回日１週間前までにご送付ください。

南部地域療育センターそよ風（担当　岸・水野）
FAX　052-612-3411