2024 年度　通常巡回療育申込書（FAX）

年　　月　　日　申し込み

申込期間：5/21(火)9:00～5/23(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　・　３　　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

※2 クラス・3 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