

やまぼうし児童発達支援事業 “ひまわり”
2024年度前期グループ（4月～9月） ご利用申込み用紙

記入日： 年 月 日

（ふりがな）
お名前（ご本人）： _____

生年月日： 年 月 日（ 歳） 所属： 園

お名前（保護者）： _____

ご住所： 〒 _____

*ご連絡先（ご自宅）： _____

*日中、連絡可能な連絡先と時間(携帯番号等)： _____
(何時でも可 ・ 時 分ごろ可)

*現在、当事業を利用できる範囲の受給者証をお持ちですか。(はい ・ いいえ)

*ご都合の良いクラス全てに○をして下さい。

① 隔週 火曜 9:30～11:30 ()

② 隔週 金曜 9:30～11:30 ()

申込み締切：集まり次第、終了とさせていただきます。

※お子様の年齢や特性を考慮したクラス選考等によりご希望に添えない場合がありますので、
ご協力をよろしくお願い致します

※お申込み期間終了後選考をさせていただき、後日ご利用決定通知書にてお知らせいたします。

*今後、当センターからのご案内を保護者様へさせていただいてもよろしいですか？
(はい → 電話可 ・ 郵送可 ・ いいえ)

その他、ご利用までの手順や活動内容等、ご不明な点があればお気軽にやまぼうしスタッフまでお声掛けください。