

相談申込書

年 月 日

児 童	ふりがな		生年月日	平成令和	年	月	日
	氏名						
	年齢	歳	カ月	性別	男・女		
	所属	(有・無)	保育所・幼稚園				
保 護 者	氏名		職業(勤務先)				
	住所	〒 滝川市町丁目番号					
	電話						
お困りのこと、相談したい内容に○印をつけてください。(複数可) () ことばが遅いのが気になる。 () 落ち着きがなく、一つのことに集中しない。 () おもちゃやお友達に関心をしめさない。 () 話し方(初めの音を繰り返す、音を伸ばすなど)が気になる。 () 発音が気になる。 () 運動発達が気になる。 () 指示や話の内容が理解できない。 () うしろから呼んでも振り返らない。 () 子どもとどう遊んだらよいのかわからない。 () 子どもの発達の状況を確認したい。 () その他 ()							

以下は記入しないでください

関係者記入	
--------------	--

滝川市こども発達支援センター