

ペアレント・トレーニング講座 参加申込書

申込日 年 月 日

申込方法 下記の欄に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてお申込ください。
受付次第、当院担当者よりご連絡を差し上げます。

● 参加される方(保護者)の氏名 (続柄:)

● お子さんの氏名 (歳)

● 住所

● 電話番号(日中連絡のとれる)

● お子さんの生活状況について(必須)

- 現在の所属 なし 幼稚園(保育園) 小学校(年生)
- サポートの有無 なし あり(加配対応・通級指導教室・支援学級)

● 専門家による支援状況について(必須)

- 医学的診断 なし あり(障害名:)
- 診断を受けた医療機関 () (時期: 年 月頃)
- 服薬の有無 なし あり(お薬の種類:)

● 現在、育児上でお困りのことや不安に思うことは何ですか？

● 「ペアレント・トレーニング講座」で学びたいことは何ですか？

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

送付先 〒533-0024 大阪市東淀川区柴島 1-7-50 FAX: 06-6320-6308
淀川キリスト教病院 小児科臨床心理士 出崎 躍 宛