

埼玉県発達障害者家族支援体制整備事業・さいたま市発達障害者家族支援体制整備事業

ペアレントメンター養成研修 受講申込用紙

この申込用紙で得た情報は、埼玉県発達障害者家族支援体制整備事業・さいたま市発達障害者家族支援体制整備事業で実施するペアレントメンター養成研修と、その活動に関する事項に使用させていただくものです。個人情報情報は厳守いたします。

平成29年度版 記入年月日(年 月 日)

所属している親の会・団体等	特別支援学級在籍の方は在籍校名をご記入ください 通級指導教室利用の方は在籍校名その他、他校通級の場合は設置校名もご記入ください		
ふりがな 氏名		年齢 歳	お子さんとの続柄
住所	〒		
電話番号 (FAXの有無)	(FAX有無)	携帯電話番号	
メールアドレス	連絡は一斉メールで行いますので、可能ならPCアドレスを。なければ携帯アドレスでも可。		
お子さん (発達障害児・者) についての情報	性別	男 女	
	年齢(学年)	歳 ()	
	所属先 在籍校・学級に マルをつけてください 成人の方は現在の状況	小学校 中学校 (通常学級 特別支援学級 通級利用) 特別支援学校 (小学部 中学部 高等部) 高校(県立 私立 定時制 通信制 特・ト校) 専門学校 大学 就労(一般 障害者枠) 障害者支援施設(通所 入所) その他()	
	診断名	自閉症スペクトラム障害 広汎性発達障害 自閉症(知的障害が 有 無) アスペルガー障害 特定不能の広汎性発達障害 学習障害(LD) 注意欠如多動性障害(ADHD) その他()	
	診断を受けた年齢	歳	
	療育手帳の有無 精神保健福祉手帳の有無	有(等級) 有(等級)	無 無
きょうだい児 (例: 兄〇歳 のように記入)			

★本申込書送付先: 〒344-0038 春日部市大沼 5-7 グラウンドール上沖 2-102 竹田方 埼玉県自閉症協会事務局 宛(8/25 必着)

【養成研修を受講されるご本人が郵送してください。】