

(様式1)

令和 年 月 日

春日市子育て支援課 宛

園名：
園(所)長：

子ども発達支援室 巡回相談支援申請書

このことについて、下記のとおり巡回相談支援の申請をします。

記

依頼内容	◆巡回対象クラス 年齢 () 歳児・クラス名 () ◆巡回対象人数 () 人 ◆質問内容 () () ※質問したい内容を1～2点、ご記入ください	
対応者	◆巡回中 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 特別支援コーディネーター <input type="checkbox"/> その他 () ◆助言・協議中 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 特別支援コーディネーター <input type="checkbox"/> その他 ()	
日程の概要	打合わせ : ~ : (5分) 行動観察 : ~ : (1時間程度) 助言・協議 : ~ : (30～40分) 今後の確認 : ~ : (10分)	※時間配分等は状況によって変わります。
実施希望日	第1希望：令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	第2希望：令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	第3希望：令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
備考		
連絡先	TEL ()	担当者名
	FAX ()	

※ 詳細を電話で打ち合わせ
させていただくことがあります。
※ 後日、可否をお知らせします。

春日市子育て支援課 発達支援担当
〒816-0851 春日市昇町1丁目120番地
(いきいきプラザ内)
Tel 092-588-5150
Fax 092-501-0051
Mail hattatsu@city.kasuga.fukuoka.jp

(様式1)

記入例

令和4年4月1日

春日市子育て支援課 宛

園名：〇〇〇幼稚園

園(所)長：〇〇 〇〇

子ども発達支援室 巡回相談支援申請書

このことについて、下記のとおり巡回相談支援の申請をします。

記

依頼内容	◆巡回対象クラス 年齢 (5) 歳児・クラス名 (きりん) ◆巡回対象人数 (2) 人 ◆質問内容 (気持ちの切り替えが苦手な子へのかかわり方を知りたい) (指示が通りにくい子への対応の仕方を知りたい) ※質問したい内容を1～2点、ご記入ください	
対応者	◆巡回中 <input checked="" type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 特別支援コーディネーター <input type="checkbox"/> その他 () ◆助言・協議中 <input checked="" type="checkbox"/> 管理職 <input checked="" type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 特別支援コーディネーター <input type="checkbox"/> その他 ()	
日程の概要	打合わせ 10:00 ~ 10:05 (5分) 行動観察 10:05 ~ 11:10 (1時間程度) 助言・協議 11:10 ~ 11:50 (30~40分) 今後の確認 11:50 ~ 12:00 (10分)	
実施希望日	第1希望：令和 3年 10月 4日 (月) 10時 00分～ 12時 00分	
	第2希望：令和 3年 10月 5日 (火) 10時 00分～ 12時 00分	
	第3希望：令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
備考		
連絡先	TEL ()	担当者名 春日 太郎
	FAX ()	

※ 管理職は、できるだけ同席をお願いします。

※時間配分等は状況によって変わることがあります。

※ 詳細を電話で打ち合わせさせていただきます。
※ 後日、可否をお知らせします。

春日市子育て支援課 発達支援担当
 〒816-0851 春日市昇町1丁目120番地
 (いきいきプラザ内)
 TEL 092-588-5150
 Fax 092-501-0051
 Mail hattatsu@city.kasuga.fukuoka.jp