

大田区立障がい者総合サポートセンター
学齢期の発達障がい支援事業等利用申込書

(宛先) 大田区立障がい者総合サポートセンター所長 宛

年 月 日

私は、大田区立障がい者総合サポートセンターの学齢期の発達障がい支援事業の利用の申込みをします。

利用にあたっては、以下の①～③について同意します。

- ① 診察の参考とするため、学校における当該児童・生徒の集団行動面での様子をサポートセンターが学校に確認する場合があること。
- ② 学校生活における指導上の合理的配慮等に役立てていくため、診察結果及びその後の療育等について、学校とサポートセンターが情報連携をすること。
- ③ 申込みの人数が多数の場合、診察までお待ちいただく場合があること。

(保護者)

ふりがな

氏名 _____ (続柄 _____)

住所 _____

連絡先 (電話番号) _____

日中連絡のとれる電話番号 _____

(児童・生徒)

学校名 _____ 学校

学年・学級 _____ 年 _____ 組

ふりがな

氏名 _____

※ 大田区立障がい者総合サポートセンターでは、大田区個人情報保護条例に
則り、個人情報を厳正かつ適切に取り扱ってまいります。