

セレン学園 利用申込書

社会福祉法人愛誠会

ふりがな		住所	(〒)
保護者氏名			電話 TEL ()

※お子様のことについて記載してください

ふりがな		性別	生年月日
児童氏名			H・R 年 月 日 (歳) ※(年齢は令和7年4月2日現在)
手帳 受給者証	療育手帳 (<input type="radio"/>) ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ 無 ・ 申請中) 精神保健福祉手帳 (有 ・ 無 ・ 申請中) 身体障害者手帳 (級・申請中) 受給者証(児童通所支援) (有 ・ 無 ・ 申請中) ※該当箇所に○印をお願いします。		
健康 薬	てんかん発作 (有 ・ 無) 熱性けいれん (有 ・ 無) 慢性的疾患 (有 ・ 無)(診断名 _____) 服薬中の薬 (有 ・ 無)(薬名 _____) ※該当箇所に○印をお願いします。		
生活 <small>(該当する物に○ をしてください。)</small>	食 事	箸・練習箸・スプーン・フォーク・自助食器・コップ・ストロー付きマグ その他(_____)	
	排 泄	布パンツ・トレーニングパンツ・おむつ その他(_____)	
	運 動 遊 び	走る・歩く・階段を(1人で・手を繋いで)昇降できる・その他(_____) 好きな遊び(_____)	
診断名等	診断名		診断された医療機関名
かかりつけ医	病院等名称	住所 TEL	
他利用状況	※保育園、幼稚園、他福祉サービス等の利用があれば種類と施設名お書きください。 (例)(種類: 児童発達支援事業 施設名: 幕張キッズなど)		
肢体不自由 児クラス	※肢体不自由児クラス希望の方はご記入ください。詳細は契約時に確認いたします。 医療的支援の有・無(具体的内容: _____)		
その他	気になる事、施設に伝えたいことがございましたらご記入ください。		

返信先: 〒272-0103 千葉県市川市本行徳1266-2 セレン学園 宛 (郵送、持参どちらでも可)

お問い合わせ、郵送先の担当者: 社会福祉法人愛誠会 伊藤 経子 電話番号: 047-3316-2316

※ご提供いただいた個人情報、入園申請、児童登録以外の目的では使用いたしません。