札幌市ペアレントメンター派遣　申込書

ペアレントメンター派遣申し込みは、支援機関を通しておがるへ申し込んでください。
保護者個人からの受付はしておりません。

お申し込み日		平成　　年　　月　　日
お申し込み担当者様	ご氏名	
	所属機関名	
	住　所	〒
	ご連絡先	電話:　　FAX:
		メールアドレス:
ご希望内容（該当箇所に〇をつけ、必要事項をご記入ください）	申込内容	①　個別相談（相談を受ける方　　名）
		②　グループ相談（参加者　　名）
		③　保護者研修会講師（　　）
		④　職員研修会講師（　　）
		⑤　その他（　　）
	メンター希望人数	人
	メンター派遣希望日	第一希望　平成　年　月　日時間（　　）
		第二希望　平成　年　月　日時間（　　）
上記①　個別相談の内容	相談者保護者氏名等	氏名（　　）　父・母・祖母・祖父・その他（　　）
	子どもさんの氏名・性別・年齢	氏名（　　）　男・女　　歳
	子どもさんの学年等	幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校　　年生
		通常学級　　支援学級　　特別支援学校
		大学・短大・専門学校　　年生
	青年・成人期	就労・A型・B型・就労移行・アルバイト・在宅・その他（　　）
上記②　グループ相談子どもさんの年齢		歳　～　　歳
主な相談内容		
その他特記事項		
＊事務局から（事務局で記入いたします）		

お申し込み先　〒007-0032　札幌市東区東雁来12条4丁目1-5
札幌市自閉症・発達障害支援センターおがる
TEL　011-790-1616
FAX　011-790-1604
E-mail　sapporo-hattatsu@harunire.or.jp