# 札幌市ペアレントメンター派遣　申込書

| | | |
|---|---|---|
| お申し込み日 | | 令和　　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　令和　　年　　月　　日時間（　　） |
| | | 第二希望　令和　　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