

見学依頼書

長崎県立子ども医療福祉センター所長 様

依頼日 令和 年 月 日

所属機関

住 所

電 話 - -

F A X - -

依頼者名

(対象児との関係)

Fax 送信(0957-23-2614)の場合は対象児の欄は未記入とし送信後、連携室(0957-21-2301)に直接伝えて下さい。

対象児

氏名

年齢 歳

性別 男 女

目的

- ・何が問題なのか把握したい
- ・問題の解決法を知りたい
- ・その他：

見学日時

令和 年 月 日

時 分 ~ 時 分

見学者

氏 名

* 依頼者と同じ場合は記入不要です

所属機関

対象児との関係 ()

依頼者の方へ

相手の方(園・学校・保護者等)の同意は取れていますか はい いいえ

*子ども医療福祉センター記入

担当	
予定	年 月 日 AM PM

