

見学依頼書

長崎県立こ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)にてご依頼の場合は、対象児の氏名は未記入とし、Fax 送信後に地域連携室(0957-21-2301)にお電話の上、対象児の氏名をお知らせください。

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

*こども医療福祉センター記入欄

担当	
予定	令和 年 月 日 AM PM