

令和9年度 児童発達支援センター利用希望兼同意書

1. 対象者について

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	
児童氏名					
所 属					
フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄	
保護者氏名					
住 所	〒 —				
	日中連絡先 電話 () — (氏名)				

2. 通所を希望する事業所・・・希望順位をご記入ください。

希望順位	事業所名	所在地
	ひまわり園	紀の川市桃山町調月 58 番地 3
	つぼみ園	紀の川市桃山町調月 736 番地 1
	ネウボラロッツ	岩出市金池 115 番地 1

3. 児童発達支援センター利用希望にあたり、ご意見があればご記入ください。

()

同 意 書

令和 年 月 日

紀の川市障害福祉課長
岩出市社会福祉課長
紀美野町子育て推進課長

宛

私は児童発達支援センターの利用を希望し、発達支援センター連絡調整会議において関係機関が利用の協議をするために、必要な個人情報を会議に使用することに同意します。また、利用の受入れが可能になった場合、必要な個人情報を児童発達支援センターに提供する事に同意します。

保護者氏名

児童氏名