様式４

巡回リハビリテーション申込書

申込日　　年　　月　　日

申込者　　（続柄　　）

ふりがな 子どもの名前	（男・女）	生年月日 年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒	
電　　話		

1　相談したいこと

2　巡回リハビリテーション事業の相談内容及び結果について、担当市町村に提供することに同意いただけますか。

同意します　　同意しません

3　当巡回リハビリテーションのことをどこで知りましたか。

家族欄　（同居している人すべて記入してください）

続　柄	氏　　名	生　年　月　日	職業・所属等

神奈川県立総合療育相談センター