（様式1）２） （様式１）

年　　月　　日

町田市子ども発達支援課

相談・療育担当課長　様

所在地

　法人名称

　　法人代表者

町田市子ども発達センター出張相談申込書

町田市子ども発達センター出張相談事業について、以下のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象施設名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　歳児クラス） |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 希望項目 | 1. 指導員向けの助言を希望する
2. 施設の環境設定に関する助言を希望する
 |
| 相談内容 | ※イニシャル、生年月日等、個人情報に関する内容は記載しないようにお願いいたします。 |

※ 訪問の日程については、後日担当より連絡いたします。