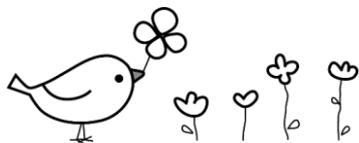


出張相談～キッズ・ステップ応援隊～ 申込書

(宛先) 秋田市子ども家庭センター
子ども健康課長

年 月 日



施設名 :

施設長名 :

保護者記入欄		太枠内をご記入ください。また、該当する項目に☑をしてください。	
幼児氏名	(ふりがな)	(性別) 男 ・ 女	年 月 日生
			(歳 か月)
申込み理由 (相談したいこと)			
これまでに相談 したことがある 相談先	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合、差しつかえなければ相談先をご記入ください。		
出張相談において、保育所・幼稚園等から秋田市子ども健康課への情報提供ならびに今後の支援内容の情報共有について同意します。			
保護者氏名	子どもとの関係：父・母・他 ()		
住 所	秋田市		
日中連絡先	()	自宅・携帯 (父・母・他())	

施設記入欄	
出張相談希望日	第一希望日： 第二希望日：
担当者氏名	キッズ・ステップ ノートの活用 有 ・ 無
施設の住所	〒 -
電話番号 (FAX)	秋田市 電話番号 (FAX番号)
備考	

子ども健康課記入欄	
出張相談日	
従事者	