

# 技術支援依頼書

長崎県立こども医療福祉センター所長 様

所属機関

住所

電話

FAX

依頼者

(対象児との関係)

## <支援依頼希望の方へ>

本事業は園・学校からの依頼により当センターに通院(を予定)している在籍児童の理解・対応・支援等に関し、療育・リハスタッフが出向いて専門の見地から助言・アドバイスを実施するものです。

依頼される場合は本依頼書を担当スタッフに提出、郵送もしくはFAX送信(0957-23-2614)してください。

※Fax送信の場合は対象児の欄は未記入とし送信後、連携室(0957-21-2301)に直接伝えて下さい。

対象児

フリガナ

氏名

年齢

歳

性別

男

女

療育・訓練機関

利用あり

⇒

機関名:

利用なし

現状・困っていること

助言、支援等依頼内容

確認事項

・本事業を実施するに当たり、保護者の同意は取れていますか ⇒ はい いいえ

・当センターとの打ち合わせ、内諾は受けていますか ⇒ はい(担当者名 ) いいえ

\*こども医療福祉センター記入欄

派遣職員	
訪問予定	年 月 日

--