

施設支援ふりかえり票(FAX送信票)

様式4

(宛先) 鳥取県立鳥取療育園 訪問担当 行

電 話:0857-30-0751 ファクシミリ:0857-29-9300

◆お子さまへの取り組みについて、実際に生活の中で取り入れることができたかを確認させていただくため、各項目にご記入いただき、___月___日()までに鳥取療育園までご返送ください。

◆確認した対応方法に取り組むことが難しかった場合は、理由もご記入いただきますようお願いいたします。施設内で、他に対応されたことがあれば、今後の参考にさせていただきたいと思っておりますので、ぜひご記入いただきますようお願いいたします。

(記入日:令和 年 月 日)

施設名		担当者名 連絡先電話番号	
訪問日時			
相談内容①:			
■確認した取組			
■対応後のお子さまの様子			
相談内容②:			
■確認した取組			
■対応後のお子さまの様子			