

施設支援相談票

施設支援では、施設で主体的に支援が実践できるよう、子どもの強みや困り感から一緒に支援を考えます。
 ※保育所等訪問支援事業の支給決定を受けていないお子さまに関する支援のみを対象とします。
 ※保護者様と目的の共有を行い、了解を得てからご依頼をお願いいたします。

記入日（令和 年 月 日）

施設名	担当者名・職位	
	連絡先電話番号	
対象児童年齢 (クラス/学年)	歳()	生年月日
訪問希望日 ・希望時間	第1希望:	第3希望:
	第2希望:	
相談①		
○施設支援の利用目的・相談内容(鳥取療育園スタッフとともに支援方法を探りたい事柄)		
○お子さんの現状や様子		
○現在の取組内容と結果 (例:うまくいっていない/うまくいっているがこれでよいか確認したい など)		
相談②		
○施設支援の利用目的・相談内容(鳥取療育園スタッフとともに支援方法を探りたい事柄)		
○お子さんの現状や様子		
○現在の取組内容と結果 (例:うまくいっていない/うまくいっているがこれでよいか確認したい など)		

(担当)鳥取療育園 地域支援担当

〒680-0901 鳥取市江津730

電話:0857(30)0751

FAX:0857(29)9300

E-mail:ryoikuen@pref.tottori.lg.jp



