

リトルペガサス利用申込書

社会福祉法人青葉会
理事長 松井 宏昭 あて

申込年月日 令和 年 月 日

リトルペガサスの療育に参加したいので申し込みます。

1. 児童発達支援

2. 保育所等訪問支援

本人	ふりがな 氏名			
	生年月日(性別) 在園・在校名 (学年)	令和 年 月 日生 (男・女) 令和6年4月1日現在(新1歳児・2歳児・年少・年中・年長・小学__年)		
	氏名	印	本人との 続柄	
保護者	住所	〒		
	電話番号 FAX		お母様 携帯番号	
利用開始希望日		令和 年 月 頃		

他の療育機関や児童発達支援事業、放課後等デイサービス、幼稚園、保育園などをご利用になる場合、場所・曜日等のご予定をお知らせください(例えば、いちごルーム、〇〇幼稚園プレ個別療育、〇〇クリニックなど)。