

# 年度 キリンっこ 参加申し込み書

記入日 年 月 日

## キリンっこくらぶ ・ SST ・ キリンっこ親の会

※加入希望に印をつけてください。全員 親の会に加入していただきます。

ふりがな

名前 \_\_\_\_\_ 幼稚園・保育園・小学校・中学校(年少・年中・年長・ 年生)

**4月生まれは、赤字で！** 西暦 生年月日 \_\_\_\_\_ 歳( 年 4月1日現在)

ふりがな

付き添い保護者名前

当日一緒に来る兄弟が(いる・いない)  
いる場合は、名前

歳( 年 4月1日現在)

住所

〒

湖西市

TEL

携帯

FAX

メールアドレス(PC)

(携帯)

(毎日開く・時々開く)

※通常の連絡希望先に印をつけてください。

※上記内容は、名簿を作成し会員内で配布するかもしれません。 同意していただけますか？  ・  ×

※下記内容等を有益な対応や情報交換等をするために、先生や役員で共有します。 同意していただけますか？  ・  ×

※会員以外が目にするHPや展示・配布物へ顔写真が写ってもいいですか？  ・  ×

・診断名がついていますか？  ・  × ※支障がなければ記入願います( )

・療育手帳 (有・無・申請中)

・平日の昼間 懇談会等の活動に参加できますか？  ・  × 【仕事(一日・半日・不規則)】

・ネットで「アクティブ湖西」等のHPを開き 情報を見ることができますか？  ・  ×

・メールで様々なやりとりをします。携帯メールは、パケ放題などになっていますか？  ・  ×

・現在または過去に利用したことのあるサービス等を教えて下さい。(いつ頃・頻度なども)

過去のもの、( )で。

例:湖西病院月1・クローバーのみらい・(市の障害児相談)

・キリンっこへ参加の動機

・お子さんについて心配なこと

・キリンっこでやってほしいことや期待する事

・キリンっこをどこで知りましたか？該当するもの全てに印

1. 湖西市社会福祉協議会
2. 市(健康増進課・地域福祉課・その他)
3. 幼稚園などの先生
4. 現会員( )
5. イベント時のパネル展示
6. キリンっこHP(アクティブ湖西 内)
7. キリンっこ便り(図書館で・その他の場所で( )
8. その他( )