

申込書受付日 年 月 日

【コミュニケーション・プログラム 申込書】

ID		生年月日	20 年 月 日 (才)
名前		保護者氏名	
園・学校名		学年・組	
住所	〒	TEL/FAX	
		携帯	
希望日程 *日程表からお選びください	第1希望 () 日程	あらかじめ欠席する日にちがございましたか？	
	第2希望 () 日程	<input type="checkbox"/> ない	
	第3希望 () 日程	<input type="checkbox"/> ある→ ()	
きっかけ	訓練を受けようと思われた、きっかけは何ですか？ ()		
希望 (複数チェック可)	Q 今回のプログラムで何を希望されますか？ <input type="checkbox"/> 言葉について <input type="checkbox"/> 会話について <input type="checkbox"/> 余暇・遊びについて <input type="checkbox"/> 生活について <input type="checkbox"/> 一緒に考えたい <input type="checkbox"/> 言葉以外のコミュニケーション方法について <input type="checkbox"/> 自立課題について <input type="checkbox"/> 見通しの持たせた方 <input type="checkbox"/> TEACCHについて <input type="checkbox"/> スケジュールについて <input type="checkbox"/> 感情コントロールについて <input type="checkbox"/> 構造化について <input type="checkbox"/> PECSについて <input type="checkbox"/> コミック会話について <input type="checkbox"/> 他 ()		
訓練状況	Q 今までに、言語訓練を受けたことがございますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 今受けている <input type="checkbox"/> 過去にある ① どちらの病院ですか？ () ② どのくらいの期間ですか？ ()		

ご記入ありがとうございました。

訓練の可否を、締め切り後にご連絡さしあげたいと思います。しばらくお待ちください。

備考