

別紙

熊本県中央児童相談所天草地域子ども相談申込書

令和 年 月 日

児童の氏名		男・女	生年月日	H・R	年	月	日							
児童の住所														
児童の状況	<input type="checkbox"/> 通学・通園はしていない（家で面倒をみている。） <input type="checkbox"/> () 小学校・中学校 () 年生 <input type="checkbox"/> () 保育園・幼稚園 <input type="checkbox"/> その他 ()													
申込者氏名		児童との関係												
主に相談したい内容	<input type="checkbox"/> 養育困難に関する相談 <input type="checkbox"/> 発達に関する相談 <input type="checkbox"/> 身体面 <input type="checkbox"/> 知的面 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 虐待やしつけに関する相談 <input type="checkbox"/> 家出や非行などの問題行動に関する相談 <input type="checkbox"/> 不登校や引きこもりに関する相談 <input type="checkbox"/> その他 ()			(お困りの点を具体的に御記入ください。)										
相談希望日時	第1希望： 月 日 希望時間 (1 2 3) 第2希望： 月 日 希望時間 (1 2 3) 第3希望： 月 日 希望時間 (1 2 3) *希望時間は次の時間から選んで上の () 内の該当の番号を○で囲んでください。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>巡回相談</td> <td>1</td> <td>11:00~</td> <td>2</td> <td>13:00~</td> <td>3</td> <td>15:00~</td> </tr> </table>							巡回相談	1	11:00~	2	13:00~	3	15:00~
巡回相談	1	11:00~	2	13:00~	3	15:00~								
児童の同行	<input type="checkbox"/> 同行できる <input type="checkbox"/> 同行できない (理由:)													
保護者の同意	<input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし (理由:)													
保護者の同行	<input type="checkbox"/> 同行できる <input type="checkbox"/> 同行できない (理由:)													
連絡先	電話： () - () - () 携帯： () - () - () *日程調整のために必要ですから、必ず連絡のつく番号を御記入ください。													

※この申込書は、プライバシー保護のためFAXによる受付はいたしません。

※相談時に家族状況の把握を必要としますので、よろしければ裏面に家族状況を御記入ください。

※送付先：〒861-8039 熊本市東区長嶺南2-3-3 熊本県中央児童相談所

(裏面)

家族の状況

氏名	生年月日(歳)	同居の別	職業	健康状態	備考
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				
	歳				

※父・母・本人・その他の家族状況もご記入ください。