

所属施設が記入し、保護者へお渡しください

千葉市発達障害者支援センター

令和          年          月          日

すくすくサポート希望保護者様

## 千葉市発達障害等に関する巡回相談事業（すくすくサポート）

### 訪問日・ご相談時間のお知らせ

この度は標記事業にお申し込み頂きまして、ありがとうございます。  
個別相談を以下のとおりに実施致します。

日時：令和          年          月          日（          ）          ：          ～          ：

場所： \_\_\_\_\_

相談内容や情報について、所属施設と共有することに対し、保護者の同意を頂いた上で、観察及び個別相談を実施致します。同意の有無は、「個別相談受付票」にて確認させていただきます。

下記をご確認の上、「個別相談受付票」を \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日までに所属施設の担当者へ提出してください。

記

#### 1. 「個別相談受付票」（別紙）について

お子さんの発達状況、生活の様子や相談内容等について、「個別相談受付票」へご記入ください。

#### 2. 「保護者の同意」確認方法について

観察および個別相談実施にあたっては、「個別相談受付票」右上段において『相談されたい内容・情報について、所属施設と共有させて頂くこと』に  
☒はい      とチェックされてあることで同意頂けたと判断致します。