



特定非営利活動法人チャイルズ宛 (FAX 06-4977-5131)

学校訪問支援・ケース会議依頼書

依頼者氏名		対象児童名	
年齢	歳		
診断名	(診断されている方のみ)		
連絡先	電話	FAX	
	メールアドレス		
日程	年 月 日 ()		
時間	ケース会議	:	~ :
	学校訪問	:	~ :
駐車場の有無	有 ・ 無		
学校名・他	学校・園名		
	住所		
	担任先生のお名前		
待合せ	時間	:	
	場所		
備考			

料金	ケース会議・学校訪問支援 当法人正会員：1回 ¥5,000 +交通費 ¥1,000 賛助会員／一般：1回 ¥10,000 +交通費 ¥1,000 (交通費はこれを超える場合、実費請求となります。)
----	--

受付日	月 日	受付者		確認		代表	
-----	-----	-----	--	----	--	----	--