

リノアキッズ 見学アンケート

見学日 令和 年 月 日

保護者名

児童名

電話番号 — —

メールアドレス

児童生年月日 令和 年 月 日

住所 〒

通っている園名、小学校名

当施設を知ったきっかけ

チラシ google検索 ヤフー検索 知り合いから 相談支援所の紹介
インスタグラム 保育園のホームページから その他 ()

利用開始希望月： 月

週の利用希望日数： 日

利用が可能な曜日と時間帯にすべて○をつけてください

	月	火	水	木	金
10時（児発）					
14時（児発）					
16時（放デ）					

受給者証： 有 ・ 発行依頼中 入手見込 月 ・ 無し

診断： 有 ・ 無
ADHD 自閉症 学習障害 感覚過敏 その他 ()

本人が困っていること

保護者様が困っていること