

初来場日 20 年 月 日

いこい登録番号	i -
---------	-----

*太枠内をご記入ください。

フリガナ		愛称	
利用者氏名(子)			
利用者氏名(親、兄弟等)			
住所	〒 名古屋市 区		
学区	小学校区		
お子さんの生年月日	20	年	月 日 (4/1現在の年齢 歳)
連絡先電話番号	()	-	
来場のきっかけ (○をつけてください)	保健センター・中央療育センター・その他療育センター()・知人 その他(さくらっこ・ホームページ・facebook・)		
行ったことのある遊び場、相談できる場所	つどいの広場・地域子育て支援センター・子育てサロン・児童館 758キッズステーション・療育グループ その他()		
困っていること・心配なこと (お子さんに関して)			
困っていること・心配なこと (ご自分に関して)			
気になる症状または 診断名(ある方のみ)	知的障害・肢体不自由・自閉症・言葉遅れ・多動・不明 その他()		
食物アレルギー有無 (○をつけてください)	無	・	有()

※記入して頂いた個人情報はにじいろにて保管・保護いたします。
第三者に提供することはありません。