

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	（ ） -		
緊急連絡先	（ ） - （続柄： ）		
来場のきっかけ （○をつけてください）	保健センター・療育センター（ ）・知人 その他（ホームページ・facebook・Instagram・各区情報誌 ）		
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にはじいろにて保管・保護いたします。  
第三者に提供することはありません。