**秩父学園　発達障害児等デイサービス事業（なかま）説明会申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  お子さんの氏名  　　　　　年　　　　月　　　　日  （　　　　　）歳（　　　　）ヵ月  ※**令和７年４月時点での年齢をご記入ください。** |  | | | 性別 | 男　・　女 |
| お子さんの生年月日　年齢 |  | | |
| ご家族の氏名（代表者） |  | | | | |
| 郵便番号 | 〒 | | | | |
| 住所 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| E-mail |  |  |  | | |
| **説明会の参加希望日（参加可能な日に○を記入してください）**  **※下記２日間の都合が付かない場合は個別でご相談ください。** | | | | | |
| ・令和７年２月３日（月）１４：００～１５：００（　　）  ・令和７年２月５日（水）１４：００～１５：００（　　） | | | | | |

**◆締め切り日**：**令和７年１月３１日（金）必着**

**【送付方法】**この用紙に必要事項を記入してメール、郵送もしくはご持参ください。

締め切り日必着でお願いいたします。

【書類送付・問い合わせ先】

〒359-0004　 埼玉県所沢市北原町860

国立障害者リハビリテーションセンター

自立支援局秩父学園　地域療育支援室

電話：04-2992-5178

電話受付時間　　平日9:00～12:00 13:00～17:00

　 　　　　　　　 Mail：[chiikiryoiku-chichibu@mhlw.go.jp](mailto:chiikiryoiku-chichibu@mhlw.go.jp)

【秩父学園H P】<https://www.rehab.go.jp/chichibu/>