

## 小学生への直接支援モデル事業申込書

コース	知的障がいを伴う	知的障がいを伴わない	(どちらかに○)	
ご本人欄	お名前(ふりがな)	男・女		
	在籍校・学年			
	住 所			
	電 話 ・ F A X	電 話	F A X	
	診 断 名 (主 治 医)			
	最近受けた知能検査や発達検査の情報 いつ 検査名 さしつかえなければ数値等			
支援者欄	お 名 前			
	勤 務 先 住 所			
	勤務先電話・FAX	電 話	F A X	
	モデル事業に参加するにあたっての思いと、その後のおがるとの連携プランなどを書いていただければ・・・(選考の際にかなり重要な意味をもつかもれません)			
ご家族欄	保 護 者 名			
	モデル事業に参加するにあたっての思いなどを書いていただければ・・・			

お申し込みは下記のいずれかをお願いいたします。

Eメール sapporo-hattatsu@harunire.or.jp

郵 送 〒007-0032 札幌市東区東雁来町12条4丁目1番5号

F A X 011-790-1604