

令和7年度 ひだ難聴乳幼児教室(みみっこ教室)申込書

新規・継続 (いずれかに○をつけてください。)

1. 乳幼児名(ふりがな) \_\_\_\_\_

2. 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生( 歳 か月)

3. 性別 男・女

4. 聴力 右: dB、左: dB

(令和 年 月、みやこ園・富山県立リハビリテーション病院・その他)

5. 現住所 〒 \_\_\_\_\_

岐阜県 \_\_\_\_\_ 市・村

6. 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

7. 在籍園 \_\_\_\_\_ ( )歳児 年少・年中・年長

ひだ難聴乳幼児教室への参加を申し込みます。

活動に際しては、上記乳幼児の安全管理に責任をもちます。

また、関係機関との連携のため、個人情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

# 令和7年度 ひだ難聴乳幼児教室(みみっこ教室)参加調査票

乳幼児氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

1. 連絡先 ※ひだ難聴乳幼児教室実施に関する連絡をさせていただく場合の連絡先を御記入ください。

自宅・携帯(母・父・ )・その他( )

電話番号( ) \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

2. 電話連絡を受けやすい曜日や時間帯 (いつでも可・ \_\_\_\_\_)

3. 活動中の写真の当校ホームページ等への掲載の可否について(可・不可)

4. 個別懇談の実施について

※5月以降、順次、個別懇談を実施します。実施方法についての希望を下記へ御記入ください。

(みみっこ教室終了後を希望・別日を希望 ⇒ 来校・オンライン)

5. 関係機関と連携して支援するため、利用する児童発達支援事業所を御記入ください。

聴覚	みやこ園・富山県立リハビリテーション病院・その他( )
聴覚以外	地元療育機関等( )

6. 在籍園等への訪問支援の希望の有無について (有・無)

※在籍園を訪問し、保育中のお子さんの様子を参観させていただく予定です。在籍園以外の機関(児童発達支援事業所等)への訪問支援の希望がある方は、下記へ御記入ください。

7. 御意見、御質問等ございましたら、御記入ください。

〒506-0058 岐阜県高山市山田町 831-44

飛騨特別支援学校 地域支援センター 河原厚子 まで

在籍園を通して郵送してください。

(未就園児は保護者が直接郵送してください。)