

2024くるめサマー・トリートメント・プログラム(くるめSTP)申込用紙

「くるめサマー・トリートメント・プログラム(くるめSTP)申込について」に示された、学会等での発表及び主治医、学級担任への問い合わせについて同意の上、本プログラムへの参加申込を行います。

保護者氏名 _____ 印

1 お子様について

記入日 2024年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
お子様の氏名		男・女	西暦 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)
お子様のニックネーム(あれば)		お子様の身長 利き手	cm : 右・左
自宅住所	〒 _____		
保護者氏名	(続柄)	自宅電話番号	
緊急時の連絡先(携帯電話)	誰の() 電話番号()		
在籍学校名	小学校	学年 クラス	年 組
在籍学校所在地	〒 _____	在籍学校電話番号	
学級担任名			
特別支援学級担任名	※特別支援学級に在籍されている方のみご記入ください		
通級指導教室 学校名・担当者名	※通級指導教室に通っている方のみ、通級指導教室がある学校名をご記入ください。 () 市立 () 小学校 担当() 先生		

2 お子様の状況について

①診断名	
②診断を受けた医療機関等の名称	
③診断を受けた時期	西暦 年 月 (歳の時)
④現在、通院中の医療機関等	
⑤主治医名	

※ ④の現在、通院中の医療機関等とは、①の診断を受けたことについて現在、通院を行っている医療機関等のことです。