

お子様の お名前	かざぐるまの契約日数 日	TEL : FAX :	
-------------	-----------------	----------------	--

※上記の契約日数は利用契約を締結した際に通所受給者証に記載した「かざぐるま」との契約日数をご記載ください。

## かざぐるま（児童発達支援：未就学の乳幼児） 2018 年 9 月 利用予定表

希望する療育に○をつけてください

第一希望 (PT・OT・ST)

第二希望 (PT・OT・ST)

第三希望 (PT・OT・ST)

ご希望いただいた個別訓練が必ず全て  
入れるとは限りません。ご了承ください。

### 集団＋個別の方

		利用時間	
例	7日	9	00 ～ 15 : 00
	1日 土	:	～ :
	3日 月	:	～ :
	4日 火	:	～ :
	5日 水	:	～ :
	6日 木	:	～ :
	7日 金	:	～ :
	8日 土	:	～ :
	10日 月	:	～ :
	11日 火	:	～ :
	12日 水	:	～ :
	13日 木	:	～ :
	14日 金	:	～ :
	15日 土	:	～ :
	18日 火	:	～ :
	19日 水	:	～ :
	20日 木	:	～ :
	21日 金	:	～ :
	22日 土	:	～ :
	25日 火	:	～ :
	26日 水	:	～ :
	27日 木	:	～ :
	28日 金	:	～ :
	29日 土	:	～ :

### 個別のみの方

ご利用の希望の時間をご記入ください

9時～10時⑨ 10時～11時⑩ 11時～12時⑪

13時～14時⑬ 14時～15時⑭

※ご希望の時間帯が集中した場合、

ご利用が難しくなるため、

可能な限りの記載をお願いします。

		記入例	
かざぐるま記入欄	10日		⑨ ⑭
	1日 土		
	3日 月		
	4日 火		
	5日 水		
	6日 木		
	7日 金		
	8日 土		
	10日 月		
	11日 火		
	12日 水		
	13日 木		
	14日 金		
	15日 土		
	18日 火		
	19日 水		
	20日 木		
	21日 金		
	22日 土		
	25日 火		
	26日 水		
	27日 木		
	28日 金		
	29日 土		

※ 8月10日17時までには郵送か、FAX、直接かざぐるまにご提出ください。

※ 毎月10日17時必着での受付となります。10日17時以降は人数調整に入るため受付出来ません。

※ 「○→ご利用できます」を記入して8月16日～21日までにお電話か直接用紙でお返しします。

医療法人社団ますお会 第2北総病院附属小児リハビリテーション事業所かざぐるま  
〒273-0121 鎌ヶ谷市初富803番地12 TEL:047-402-6665 FAX:047-402-6655  
(FAX送信の方へ)送信された後に届いているかどうかを必ずお電話でご確認ください。