ステッピングストーンズ・トリプルP

参加申込書

記入日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者の情報 | | | |
| ふりがな |  | | |
| 参加者  氏名 |  | | |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 電話 | ＊連絡を取りやすい番号をご記入ください | | |
| メール |  | | |
| 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日　(　　　才) |
| ご希望など |  | | |
| こどもの情報 | | | |
| 子どもの性別 | 男　・　女 | 年齢 |  |
| 診断名 |  | | |
| 利用日 | ＊療育センターを訓練などで利用している方は曜日と時間をお書き下さい。 | | |

※ご記入いただいた個人情報については、当プログラムのみで使用いたします。

★プログラムをよりよいものにするために大切にしたいこと★

①遅刻・欠席のないようにお願いします。

②ホームワークがありますが、積極的に取り組んで下さい。必ずそれ以上の成果になります。

③グループセッションです。他の参加者のプライバシー保護を厳守してください。

＊受付日時：　　月　　　日　　時　　分