

令和7年度

## 巡回相談申請書

令和 年 月 日

株式会社アクト・デザイン  
こども発達支援ルームまあち  
代表取締役 嘉門 邦岳 様

依頼者 施設名  
〒  
住所  
電話番号  
施設長  
メールアドレス

巡回相談について下記のとおり依頼します。

### 記

#### 1 観察対象児と指導対象職員

(1)ご希望を○で囲んでください [ 2時間コース / 4時間コース ]

(2)対象児について、学年、クラス名、担任名を記入してください。

※上限人数は、2時間コース3名(クラスが異なる場合は2名)、4時間コース6名です。

No.	年齢別	クラス名	担任保育士・幼稚園教諭氏名
1			
2			
3			
4			
5			
6			

2 巡回当日の責任者(予定) 役職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

3 駐車場 無 ・ 有(使用可能時間 時 分～ 時 分)

4 巡回対応不可の日程があれば記入してください

{ \_\_\_\_\_ }

5 「流山市施設支援指導事業巡回相談区分け」以外の施設に依頼する場合は、理由を記載ください。{ \_\_\_\_\_ }