**「 令和7年度　ペアレント・プログラム 」**

**＊＊＊　参加申込書　＊＊＊**

**申込期間：令和7年7月28（月）～8月20日（水）**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 保護者氏名 |  |
| ※ この太枠は、今回対象としているお子さんのことについてご記入ください。就学前のお子さんが複数いらっしゃる場合は、どなたか 1人についてご記入ください。 |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 子どもの名前 |  |
| 年齢 | 　歳　　ヶ月 |
| 住所 | 注） 「受講決定通知」をお送りしますので、忘れずに記入下さい。〒 |
| TEL | 注） ご連絡差し上げる場合がありますので、日中連絡のとれる番号を記入下さい。 |
| 託児希望 | 注） 定員に限りがあるので申込み多数の場合はお断りすることがあります。 |
| 　無 ・ 有　➡ | １．年齢：　　歳　　　ヶ月 　　性別： 男 ・ 女２．年齢：　　歳　　　ヶ月 　　性別： 男 ・ 女 |
| 参加のきっかけ | □ 掲示されているチラシを見て（どこから？ ⇒　　　　　　　　　　）□ 紹介（どなたから？ ⇒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ その他（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | ＊特記事項等があればご記入ください。 |

※受講は保護者のみになります。

※受講を希望される方は、参加申込書に必要事項を記入後、以下の申込先に「直接持参・

郵送・FAX・メール」のいずれかの方法で提出またはインターネット（Logoフォーム）で申込みください。

＜直接持参・郵送・FAX・メールの場合＞

■南風原町役場　保健福祉課

　〒901-1195南風原町字兼城６８６番地

　TEL：098-889-4416　FAX：098-888-1772

　E-Mail：H8894416S@town.haebaru.lg.jp

■こどもセンターゆいまわる

　〒901-1102南風原町字宮城２９番地

　TEL：098-851-7897　FAX：098-901-4415

　E-Mail：info@yuimawaru.com

＜インターネット（Logoフォーム）の場合＞

QRコードを読み込んで申込みください。



【 問合せ先 】

沖縄県発達障害者支援センタ－　がじゅま～る

Tel：982-2113　　　Fax：982-2114

E-Mail：gajyumaru@shoni.or.jp

担当：嘉陽、与那城

【 問合せ先 】

沖縄県発達障害者支援センタ－　がじゅま～る

Tel：982-2113　　　Fax：982-2114

E-Mail：gajyumaru@shoni.or.jp

担当：嘉陽、与那城

【 問合せ先 】

沖縄県発達障害者支援センタ－　がじゅま～る

Tel：982-2113　　　Fax：982-2114

E-Mail：gajyumaru@shoni.or.jp

担当：嘉陽、与那城