



特定非営利活動法人チャイルズ宛 (FAX 06-4977-5131)

## ピアカウンセリング依頼書

依頼者氏名		対象児童名	
年齢	歳	園・学校名	
診断名	(診断されている方のみ)		
連絡先	電話	FAX	
	メールアドレス		
日程	年 月 日 ( )		
時間	来所	・10:00 ~ 11:30 ・13:00~14:30 (どちらかに○をつけてください。)	
	家庭訪問	: ~ :	
場所	・当法人事務所(〒552-0003 大阪市港区磯路2丁目12-1号棟-118号室) ・家庭訪問 どちらかに○をつけてください。 家庭訪問の場合は下記に住所をご記入ください。		
	住所		
駐車場の有無	有 ・ 無		
相談内容	①家庭                      ②学校・園                      ③子どもの様子 ④スケジュール(交渉等)    ⑤構造化                      ⑥コミュニケーション ⑦その他 (                      ) 当てはまるものに○をつけて下さい。		
備考			

料金	来所	1.5時間¥2,000(正会員) ¥6,000(賛助会員・一般)
	家庭訪問	¥5,000(正会員) ¥10,000(賛助会員・一般) 2時間を超える時、1時間毎に¥1,000UP +交通費¥1,000 (ただし交通費はこれを超える場合、実費請求となります。)

受付日	月 日	受付者		確認		代表	
-----	-----	-----	--	----	--	----	--