

こども未来センター PT・OT・ST 見学依頼書

以下のとおり、西宮市立こども未来センターのリハビリテーション見学を依頼します。
いずれかに○をご記入ください： PT（理学療法）・OT（作業療法）・ST（言語療法）

1. 目的

- 児童生徒に対する専門的な視点と取り組みを知り、学校及び園生活での支援にいかすため
- 児童生徒の特性・難しさの原因に対する意見を聞くため
- 児童生徒への、関わり方（促し方・提示の仕方・見守り方・説明の仕方など）の意見を聞くため
- 机や椅子、教室や廊下などの環境設定（掲示物・道具・物の配置・席の配置など）の工夫について、意見を聞くため
- その他
()

2. 見学の希望日時 及び 担当セラピスト名

_____年 _____月 _____日 () _____時 _____分 ~ _____時 _____分

セラピスト名 (PT・OT・ST) _____

3. 依頼者

記入日 _____年 _____月 _____日 () _____

施設名 _____ 電話番号 (_____ - _____) _____

記入者名 職名 _____ 氏名 _____

見学者名 職名 _____ 氏名 _____