

放課後等デイサービス利用希望アンケート

児童名

保護者名

①放課後等デイサービスの利用の希望 【あり・なし】

②利用回数の希望 【週 回】

月	火	水	木	金	土	日

③放課後等デイサービス利用希望曜日(希望曜日に○)
(必ず希望曜日に利用できるということではありません)

④送迎の希望 【あり・なし】

⑤併用予定の事業所 【あり・なし】

⑥放課後等デイサービスの見学希望 【あり・なし】

⑦ご質問等あればご自由にお書きください

