

2026年度 S S T申し込み用紙

申込用紙の有効期間：2026年5月末

申込者

子どもの 名前	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日
	(男・女)					(歳)
家族構成 同居家族	父・母・祖父・祖母 兄()・姉()・妹()・弟()	アレルギー 有・無				
お住まい の市町村	市・町・村	小学校名	小学校			
			学年：	年生		
			通常学級・支援クラス(情緒・知的)			

連絡先

保護者 の名前		電話番号	
------------	--	------	--

診断 有・無	自閉症スペクトラム・ADHD 学習障害・他()	かかりつけ	沖縄中部療育医療センター その他()
-----------	-----------------------------	-------	------------------------

好きな こと		苦手な こと	
-----------	--	-----------	--

本人の理解しやすい方法	実物をみせる・絵カード・写真カード・文字で書いて見せる やってみせる・指差し・短い言葉で伝える その他()
医療・福祉サービスの利用 有・無	児童デイサービス(/週) 保育所等訪問(/1ヶ月) PT OT ST その他()

S S Tで練習したいこと

--

S S Tはどこで知りましたか？

ポスター 紹介(知人・かかりつけ医・学校の先生) その他()

*申し込みが定員を越えた場合は**抽選**となります。ご了承ください。

*何かご不明な点などありましたら、下記の担当者まで連絡をお願いします。

問い合わせ先：沖縄中部療育医療センター ☎098-932-6077 FAX098-933-7991

担当：リハビリテーション課 OT 仲座