澤口俊之　発達教育相談　初回申込書

下記の相談に関する事項を納得･同意の上で相談を申し込みます。 署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 捺印

1）澤口俊之相談は、医療行為をするものではありません。相談の前には医療機関にて受診してください。
2）ここでお申込される相談とは、事実をお聞きした上でｱﾄﾞﾊﾞｲｽをするものでありそれにより効果がでることを保証するものではありません。
3）澤口俊之がアドバイスする内容については、必ずご希望どおりの結果を導くものではない可能性もあります。そのことをご了解の上、申込ください。
4）費用については別途ご案内いたします。（相談内容によりいくつかのコースがございますのでご案内時にご説明させていただきます。）

申　込　日	平成　　年　　月　　日
申　込　者	
相談対象者（続柄）	
申込者ご住所	〒
TEL	
FAX	
携帯	
メールアドレス	
相談内容	お子様の発達障害等に関する相談　その他相談（　　）
対象者名（性別）	（性別：　　）
対象者生年月日（年齢）	昭和･平成　　年　　月　　日（申込日現在　　歳）
学年	
診断名（されていれば）	
検査結果（あれば）	
日常の様子の詳細	これまでに行ったお稽古、教育法、訓練など　特に相談したいこと
備考（研究所記載欄）	
備考（研究所記載欄）	

申込送り先　FAX：03－3876－9084　　メールアドレス　：　fmsawaguchi@hitonokagaku.jp