**早稲田大学教育総合クリニック**

**2023年度【前期】各種プログラム申込用紙**

**パスワード　bokusya5　を本ファイルに付けて、****w-ed-clinic@list.waseda.jp****までお送りください。**

**後日、記載のメールアドレスに面接日等についてご連絡いたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **希望するプログラム**※希望するものに〇をつけるか、残してください。 | ・SST（小学生）・アンガーマネージメント（小学生）・アンガーマネジメント（中高生）　※SST＝ソーシャルスキルトレーニング |

**■申込者の情報を記入してください**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 申込者氏名（保護者氏名） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

**■お子様の情報を記入してください**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| お子様のお名前 |  |
| 学校種・学年 | 小学校・中学校・高校　　　年　　　　　　　　　　　　　　 |
| お子様の様子（当該プログラムを希望する理由を含め記入ください） |  |

**■紹介者がいらっしゃいましたら情報を記入してください**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・ご関係 |  |

**■インテーク（初回）面接の希望日時を複数ご記入ください。**

（インテーク面接の期間はプログラム開始前までとなります。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ●学習支援ｸﾞﾙｰﾌﾟを選択された方 | （第1希望）月 日　：　～　： | （第2希望）月 日　：　～　： | （第3希望）月 日　：　～　： |
| ●SSTを選択された方 | （第1希望）月 日　：　～　： | （第2希望）月 日　：　～　： | （第3希望）月 日　：　～　： |
| ●ｱﾝｶﾞｰﾏﾈｰｼﾞﾒﾝﾄ（小学生）を選択された方 | （第1希望）月 日　：　～　： | （第2希望）月 日　：　～　： | （第3希望）月 日　：　～　： |
| ●ｱﾝｶﾞｰﾏﾈｰｼﾞﾒﾝﾄ（中高生）を選択された方 | （第1希望）月 日　：　～　： | （第2希望）月 日　：　～　： | （第3希望）月 日　：　～　： |

（インテーク可能時間帯）

月曜 16：00～18：00 水曜 12：00～18：00 木曜 15：00～18：00

金曜 16：00～18：00 土曜 10：00～16：00　　　※火曜はなし

以上