

幼児版連携シート（情報提供同意書）（案）

資料5

1 基本情報

在籍園	新潟市立チューリップ保育園	記入日	西 暦 2 0 2 7 年 7 月 1 日
(フリガナ) こどもの名前	(ニイガタ ミナト) 新潟 みなと	生年月日	西 暦 2 0 2 4 年 5 月 5 日

2 利用している（過去に利用した機関やこれから利用予定の機関も含む）関係機関の情報

	機関種別	機関名称	担当者氏名	電話番号	利用開始年月日（西暦）	備考
①	障がい児相談支援	相談支援事業所スワン	〇〇 〇〇	025-***-****	2027. 1. 1	
②	児童発達支援	児童発達支援りゅうと	〇〇 〇〇	025-***-****	2027. 4. 1	火・金のみ 9:00~14:00
③	医療機関	ぱんだクリニック	〇〇 〇〇	025-***-****	2027. 4. 1	
④	行政機関	東区役所健康福祉課 障がい福祉担当	〇〇 〇〇	025-***-****	2026. 9. 1	保健師
⑤	児童発達支援センター	こころん	〇〇 〇〇	025-***-****	2026. 9. 1	
⑥						
⑦						
⑧						

こどもの支援のために、利用している園と関係機関との連携を希望します。

また、支援に必要な情報提供を園及び関係機関の相互で行うことについて、この書面をもって同意します（裏面の変更履歴等含む）。

署名日 西暦 2027 年 7 月 1 日 保護者氏名 新潟 太郎 （自署）

※保護者の方へ：利用する関係機関の情報が変わった時は、裏面の変更履歴に記載の上、関係機関及び園へこの用紙を再提出してください。

（園記入欄）

園長氏名	〇〇 〇〇	担任氏名	〇〇 〇〇	発達支援コーディネーター氏名	〇〇 〇〇	園電話番号	025-***-****
------	-------	------	-------	----------------	-------	-------	--------------

【利用している関係機関の情報に変更が生じた場合】

※1	届出種別※2	機関種別	機関名称	担当者氏名	電話番号	新規・変更・終了年月日(西暦)	備考
①	新規・ 変更 ・終了			■ ■ ■ ■		2027. 8. 1	
②	新規・ 変更 ・終了				025-###-####	2027. 9. 1	木のみ 10:00~14:00
③	新規・変更・ 終了					2027. 9. 1	
⑨	新規 ・変更・終了	保育所等訪問支援	保育所等訪問支援 ヤナギ	〇〇 〇〇	025-***-****	2027. 10. 1	
	新規・変更・終了						
	新規・変更・終了						
	新規・変更・終了						

※1 表面に記載の機関について、該当する機関番号（①～⑧）を記載してください。新規の場合は、⑨以降の番号を記載してください。

※2 該当する届出種別に○を記載してください。

【園記入欄：在籍園の情報に変更が生じた場合（転園等により在籍園が変更となる場合を除く）】

園長氏名	担任氏名	発達支援コーディネーター氏名	電話番号	変更年月日（西暦）	備考
◎◎ ◎◎				2028. 4. 1	