障がい者グループホームAMANEKUご利用相談受付係　宛

**Wordデータダウンロード頂けます→**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 見学希望　体験入居希望 | | | | | 申込日 | | 20　　年　　月　　日（　　曜日） | | | |
| 希望事業所 | AMANEKU | | | | | | | | | |
| 希望内容 | 男性専用 女性専用 日中支援 常時の見守り バリアフリー メンタルケア  身体介助 服薬・金銭管理 □余暇支援 その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ご本人情報 | お名前 | （ふりがな） | | | | | | | 性別 | 男性 女性 |
| ご年齢 | 歳 |
| ご住所 | 〒 | | | | | | | | |
| ご連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　FAX：  メール： | | | | | | | | |
| 障がい名 |  | | | | | | 障がい支援区分 | |  |
| 障がい者手帳の有無 | | あり（　　　　　　　　）  なし | | | | | 受給者証の有無 | | あり  なし |
| 通所先 | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） なし | | | | | | | | |
| 添付書類 | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） なし  ※既往歴や看護サマリーなど　当日お持ちいただける場合はチェック→□ | | | | | | | | |
| お付添又は代理人の方 | お名前 |  | | | | | | | | |
| ご連絡先 | 電話：  FAX：  メール： | | | | | | | | |
|  | 第1希望 | | | 第2希望 | | 希望人数・属性 | | | | 当日連絡先 |
| 希望日時 | 20　 年 　月　 日  時間帯： | | | 20　 年 　月　 日  時間帯： | | 人  本人 家族  支援者　行政等機関 | | | |  |
| その他ご要望等ございましたらご記入下さい |  | | | | | | | | | |

１．ご記入頂きました情報は、社内資料としてのみ使用させて頂き、その他には一切流用しません。

２．ご記入できる箇所だけご記入いただき、FAXまたはデータでお送り下さい。