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。