

# 見学受付表

受付日 令和 年 月 日

本人記入欄	名前	ふりがな				受給者情報	区分			
		氏名		年齢 ( )			・精神	・療育	・申請中	
	住所	〒					疾患名 ( )			
							相談事業所・就労支援事業所			
連絡先	携帯電話		・本人		事業所	事業所名				
	自宅		・本人 ・家族			連絡先				
付添人様名	名前	ふりがな				見学希望施設	・二条城北			
		氏名		続柄 ( )			・千本北山			
	住所	〒					・伏見稻荷			
							・嵯峨嵐山			
連絡先	携帯電話		・本人		・東山五条					
	自宅		・本人 ・家族							
見学希望日	1	月	日	・AM	・PM	(	時)			
	2	月	日	・AM	・PM	(	時)			
	3	月	日	・AM	・PM	(	時)			
備考欄										

※ 特記事項あれば備考欄へ記載をお願いします。

連絡先：株式会社 STAY HOME

TEL:075-406-7721 FAX:075-462-6161