

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
	住所	〒			疾患名 ()				
連絡先	携帯電話		・本人		事業所 相談事業所・就労支援事業所 事業所名 連絡先 担当者名 ()				
	自宅		・本人 ・家族						
付添人様名	名前	ふりがな		見学希望施設	東九条町 <input type="checkbox"/>				
		氏名			続柄 ()		杉ヶ町 <input type="checkbox"/>		
	住所	〒							
連絡先	携帯電話		・本人						
	自宅		・本人 ・家族						
配慮の有無									
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。 ※ 見学希望施設にチェックをいれてください。

連絡先：一般社団法人ベース

TEL: 0742-93-9258 FAX: 0742-93-9259

メール: inform@be-su.or.jp