

施設見学申込書

年 月 日

個人名 団体名 (代表者名)		人数	
住所	〒	連絡先	TEL FAX
見学目的			
見学希望日	第一希望 年 月 日 () 第二希望 年 月 日 ()	来所方法	自家用車 台 バス 台 その他
希望時間帯			
見学希望施設 (希望施設に○をつけて下さい。)	見学場所		
	障害者支援施設 まつぼっくり	施設入所支援 (ユニット)	生活介護 (日中活動)
	グループホーム Ohana	全 9 箇所 (内見学希望箇所 3 箇所) (<u>ohana</u> <u>kokua</u> <u>mahalo</u> <u>hanahana</u>) (<u>noah</u> <u>huali</u> <u>melo</u> <u>ilima</u> <u>malie</u>)	
	生活介護事業所 かりん	生活介護 (マロン工房)	(日中活動)
	生活介護事業所 あゆーる	生活介護 (日中活動)	
	就労継続支援 B 型事業所 キラナ	日中作業	
見学時の要望			

- ・見学につきましては、お一人様 500 円頂きます。
- ・見学の予定 リーフレットによる説明 → ご希望の見学場所のご案内
ご希望に沿った内容のお話

社会福祉法人 まつど育成会 事務局

〒270 - 2204 千葉県松戸市六実 1-64

FAX : 047-388-2714

お問い合わせ：社会福祉法人まつど育成会 事務局 TEL : 047-389-4172

まつぼっくり短期入所（ショートステイ）・日中一時登録用紙

短期入所（ショートステイ）の利用を希望しますので、登録いたします。

記入日： 年 月 日

本人氏名	性別	生年月日	年齢
(ふりがな)	男 女	昭和	満 歳
		年 月 日	
		平成	
保護者氏名（父）		保護者氏名（母）	
(ふりがな)		(ふりがな)	
(歳)		(歳)	

保護者氏名欄はなるべくご両親ともご記入ください。

住所	連絡先
(ふりがな)	
〒	

障害の種別・特性	
医療的関与の度合	
本人の生活状況	現在通っている施設
家族の状況	
短期入所（ショートステイ）利用を希望する理由	

FAX 又は郵送ください。

047 (388) 2714

社会福祉法人 まつど育成会 事務局 〒270 - 2204 千葉県松戸市六実 1-64 TEL : 047-389-4172 FAX : 047-388-2714
