

# 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			
	自宅		・本人 ・家族			事業所名			
				連絡先					
				担当者名 ( )					
付添人様名	名前	ふりがな		見学希望施設	杉ヶ町 <input type="checkbox"/>				
		氏名			続柄 ( )		西木辻町-1 <input type="checkbox"/>		
	住所	〒			西木辻町-2 <input type="checkbox"/>				
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