

サンワーク田無 体験利用申込書

氏 名：

生年月日：昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 （現年齢 歳）

住 所：

電 話（携帯可）：

保護者または家族の氏名： 続柄（ ）

私はサンワーク田無の体験利用を希望しているので申し込みます。

利用日（希望の日に○）：月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金

時 間（希望の時間に○）：AM ・ PM ・ 終日

記入日：令和 年 月 日

特定非営利活動法人燦燦会 サンワーク田無 管理者殿

- \* 何人暮らしですか… 1人暮らし ・ 同居（ ） ・ グループホーム
- \* 医療状況…受診医療機関名（ ）
- 入院回数 （ ）回
- 受診日 週1 ・ 2週に1回 ・ 月1回 ・ その他（ ）
- 服薬 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就前 ・ なし ・ 頓服
- 基礎疾患 あり（病名 ） ・ なし
- \* 障害福祉サービス受給者証 あり ・ なし
- \* 障害者手帳 あり（身体 ・ 愛の手帳 ・ 精神 級） ・ なし
- \* 生活保護受給 あり ・ なし
- \* 障害年金受給 あり（基礎 ・ 厚生 級） ・ なし
- \* 訪問看護 あり（週1 ・ 週2 ・ その他） ・ なし
- \* 就労経験 あり（正社員 年 ヶ月 ・ アルバイト 年 ヶ月） ・ なし
- \* 作業所の利用経験 あり（ ヶ所 ） ・ なし
- \* 将来の就労希望 あり ・ なし

\* 作業所に通う目的

（ ）

\* サンワーク田無を選んだ理由

（ ）

\* 作業するうえで職員に配慮してほしいこと

（ ）

\* 体験利用にあたって心配なこと

（ ）