

サンワーク田無 体験利用申込書

氏名：

生年月日：昭和 年 平成 年 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燐燐会 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

()