



通所希望調査書

提出日 月 日

通所希望者氏名	フリガナ		

生年月日	平成 令和	年 月 日	年齢 歳
障害認定区分			
保護者氏名			
住所	〒		
連絡先電話番号			
希望利用施設	<input type="checkbox"/> かがやきテラス(生活介護) <input type="checkbox"/> なないろテラス(放課後等デイサービス)		
大府あおぞら有床クリニック短期入所登録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
上記質問で「あり」の方 短期入所利用時、テラス利用希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		



通所希望日

	月	火	水	木	金	土 <small>なないろテラスのみ</small>
学校送迎						土曜の送迎はありません
自宅送迎						土曜の送迎はありません
送迎なし						

..... ご提出はFAX送信またはご郵送ください

FAX 	こちらの面をお送りください(24時間受付) 0562-38-7155	郵送先 〒474-0041 愛知県大府市吉田町半ノ木43 なないろ・かがやきテラス
---	--	--