

知的障害者施設入所支援施設「大沢にじの里」
短期入所利用者登録用 申込書

令和 年 月 日

申込者	氏名			
	住所	〒		
	TEL／携帯電話			
	FAX			
	メールアドレス			
	続柄（利用希望者との）			
利用希望者状況	氏名			
	生年月日及び年齢	昭和・平成	年	月 日 歳
	住所	〒		
	障害名			
	愛の手帳の有無及び区分	有	無	度
	障害福祉サービス受給者証の障害判定区分	区分		
	その他の障害判定の有無	有	無	度
	教育歴（現在も含めて）			
	就職歴及び利用施設歴（現在も含めて）			
	病歴及び服薬状況			
主な病歴	（ ）（ ）（ ）（ ）			
現在の健康状態	良好	通院中（病名 ）		
現在の服薬状況	有	無		
朝				
昼				
夕				
就寝薬				
その他				
大沢にじの里への往復方法	往復経路及び交通手段			
利用希望				
その他				

※利用希望者の写真（スナップ）を添付してください。