

障がい者グループホーム スマイルホーム 体験申込書

FAX 03-3607-5301

体験希望事業所： ☐ 水元A棟 ☐ 水元B棟 ☐ 柴又 ☐ 花畑 ☐ 金町					
申込日	20 年 月 日 ()				
ご本人 情報	お名前 (ふりがな)			性別	☐ 男性 ☐ 女性
				ご年齢	歳
	障害名	種別： () 障害) 病名： ()			障害支援区分：
お付き添い 代理人の方	事務所名			お名前	
	ご連絡先	電話： FAX： メールアドレス：			
現在の状況	現住所	住所：			
	生活の状況	☐ 独居 ☐ 入院中 ☐ 家族と同居 ☐ その他 ()			
	日常生活動作	移動	☐ 自力で可能 ☐ 介助あり ()		
		食事	☐ 自力で可能 ☐ 介助あり ()		
		入浴	☐ 自力で可能 ☐ 介助あり ()		
		排泄	☐ 自力で可能 ☐ 介助あり ()		
		着脱衣	☐ 自力で可能 ☐ 介助あり ()		
見学希望日時	第1希望		第2希望		
	20 年 月 日 () 時～ 月 日 () 時まで		20 年 月 日 () 時～ 月 日 () 時まで		
体験希望内容	☐ 日中活動支援 ☐ 見守り ☐ 身体介助 () ☐ 余暇活動支援 () ☐ 服薬管理 () ☐ 金銭管理 ()				
体験の内容 アレルギーの 情報等					
添付書類	☐ 既往歴、看護サマリ等の基本情報 ☐ 薬情の写し ☐ 障害福祉サービス受給者証（後日可） 上記の書類を事前にFAXにて申込用紙と共に送ってください。				

個人情報保護の観点から、個人が特定される情報は付箋等で伏せて送付頂き、ご見学当日に本用紙をご持参ください。

ご記入いただきました情報は、社内資料としてのみ使用させていただき、その他に流用しません。