

体験入居申込票

令和 年 月 日

申込者 住所 〒

氏名	続柄 ()
電話番号	()
連絡先	()

障がい者共同生活援助事業所の体験入居利用を希望しますので申し込みます。

フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください		
利用希望者	性別	<input type="checkbox"/> 男	
		<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳
障害種別	<input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい		
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5		
	<input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> なし (申請中：令和 年 月 日申請)		
緊急連絡先① (身元保証人)	氏名		続柄
	住所		
	連絡先	自宅:	携帯:
緊急連絡先② (身元保証人)	氏名		続柄
	住所		
	連絡先	自宅:	携帯:
体験入居希望期間	令和 年 月 日 () 朝食	・	夕食 から
	令和 年 月 日 () 朝食	・	夕食 まで

体験入居中の事故等については、すべて私（保証人）が責任を負います。

<入居希望者>

氏名: ()

住所:

<身元保証人>

氏名: ()

住所:

続柄: