

送付先 「ホーム いろえんぴつ」 FAX 03-5491-5852

「ホーム いろえんぴつ」 ショートステイ利用の事前面接申込書

記載日 年 月 日

ふりがな			
利用者氏名		性別	男 女
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
住 所	〒 - 世田谷区		
障害程度区分	なし, 1, 2, 3, 4, 5, 6	愛の手帳	度
支所区分	世田谷 ・ 砧 ・ 北沢 ・ 玉川 ・ 烏山 (担当者名前 )		
通所施設名あるいは 就労先名		電話	
担当ケアワーカー氏名			

ふりがな			
保証人氏名		利用者との続柄	
住 所 (利用者と同じ場合は同上)	〒 -		
連絡先 (日中連絡可能な番号)	電話/携帯		
	FAX	場所	自宅・勤務先

面接希望日時	第一希望	第二希望	第三希望
	月 日( )	月 日( )	月 日( )
	午前 午後	午前 午後	午前 午後

※ 面接日は平日の月曜日から金曜日(祝祭日と年末年始は除く)

※ 面接時間は午前は10時～12時、午後は13時～15時の1時間程度

時間のご希望がある場合はご連絡ください

「ホーム いろえんぴつ」 記入欄(利用者は記入しないで下さい)

受理年月日	年 月 日 時 分	面接整理番号	
回答年月日	年 月 日	面接日	年 月 日 時～
受入の可否	可 不可	契約	完了 利用時まで