

## 東村山福祉園 施設見学申込書

申込日：平成 年 月 日

☆ご記入の上、担当まで提出してください。

見学希望日	第1希望 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 第2希望 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 ※見学は平日のみ受け付けています。
見学目的	<input type="checkbox"/> 短期入所利用に向けた事前の施設見学 <input type="checkbox"/> その他の場合はご記入ください ( )
来園予定者数 内訳 (例) 母、利用者など	( ) 名 1. 2. 3.
見学申込者	氏名： 利用者との続柄： 連絡先 〒 TEL ( ) FAX ( )
利用者様について	氏名： 年齢： 学年： 愛の手帳 度 ・ 身体障害者手帳 級
その他 連絡事項	(見学時のご要望など)

(HP ver)

◆日程を調整後、見学日をご連絡いたします。

【担当】 東村山福祉園 地域支援部門  
TEL 042-343-8141(代表)  
FAX 042-343-8145  
〒189-0012 東村山市萩山町 1-35-1