

FAX 099-299-0301

※番号にお間違いのないよう送信前に今一度ご確認ください。
申込後に必ず受付確認のお電話をお願いします。

夏季体験利用

利用申込書

障害福祉サービス事業所 ウィズ 行

学校名		学年	高等部	年
生徒氏名		男・女	担任	
保護者等氏名				
住所				
連絡先	電話		FAX	
携帯電話等				
体験希望日 (3日程度)	第一希望	令和 2 年	月	日～ 月 日
	第二希望	令和 2 年	月	日～ 月 日
	第三希望	令和 2 年	月	日～ 月 日
GH 体験希望	有・無			
通所方法	バス・JR・徒歩・家族等送迎			
事前打合せ 希望	有・無	第一希望	令和 2 年	月 日 : 頃
		第二希望	令和 2 年	月 日 : 頃
		第三希望	令和 2 年	月 日 : 頃
その他・ご要望等あればお書きください				

※希望者が多い場合は日程等ご相談させていただくことがあります。