

♪光ホーム宿泊利用希望申請書♪

氏名

受給者証番号

- ・利用希望日を第三希望までご記入いただき、利用に際して特別な理由がございましたら、備考欄にその旨をご記入ください。
- ・ご希望通りに予約が取れるとは限らない旨、予めご了承ください。
- ・送迎は原則平日の通所・通学先までとなります。
- ・この用紙はコピーしてご使用ください。

第1希望日	入所 令和 年 月 日() AM・PM [:] <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> あり 〈場所〉 <input type="checkbox"/> なし
	退所 令和 年 月 日() AM・PM [:] <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> あり 〈場所〉 <input type="checkbox"/> なし
第2希望日	入所 令和 年 月 日() AM・PM [:] <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> あり 〈場所〉 <input type="checkbox"/> なし
	退所 令和 年 月 日() AM・PM [:] <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> あり 〈場所〉 <input type="checkbox"/> なし
第3希望日	入所 令和 年 月 日() AM・PM [:] <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> あり 〈場所〉 <input type="checkbox"/> なし
	退所 令和 年 月 日() AM・PM [:] <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> あり 〈場所〉 <input type="checkbox"/> なし

○上記のうち希望される回数は何回ですか？

回

○上記以外でも利用できる日があれば希望されますか？ はい いいえ

備考欄(ご家族のご用事や通院等、事前にお知らせ頂ければできる限りの配慮は致します)

申込者 氏名

連絡先

ご記入日

/

※FAXでの利用連絡を希望される場合は、こちらにFAX番号をご記載ください。

FAX番号:

—

—

社会福祉法人 東京家庭学校光ホーム
 〒168-0072 東京都杉並区高井戸東2-2-4
 電話 03-3333-8628/FAX 03-3332-3075

