

近江学園短期入所サービス利用申込書

申込日 年 月 日

保護者氏名										
住 所	〒()-()									
電 話 番 号	- -									
(フリガナ) 利用者氏名	()									
	男・女 年 月 日生(歳) (学校)小・中・高(年生) ・ 未就学									
療育手帳	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2									
利用希望期間 希望食事数 (実費負担となります)	①	20 年 月 日()	時	分から						
		20 年 月 日()	時	分まで						
		朝食() 昼食() 夕食() おやつ()								
	②	20 年 月 日()	時	分から						
		20 年 月 日()	時	分まで						
	朝食() 昼食() 夕食() おやつ()									
③	20 年 月 日()	時	分から							
	20 年 月 日()	時	分まで							
	朝食() 昼食() 夕食() おやつ()									
④	20 年 月 日()	時	分から							
	20 年 月 日()	時	分まで							
	朝食() 昼食() 夕食() おやつ()									
*ご希望食事数をそれぞれの()の中にご記入下さい。										

【ご注意】

- ・利用申込書は、利用希望月の2か月前から受け付けます。
- ・公平を期すため、前の月の10日を調整開始日としますので、それまでにFAXまたは郵送で当園へお申し込みください。結果は前の月の10日以降に電話でお知らせします。

※例えば、12月〇日に利用を希望される場合

受付期間は10/1からとなります。

11/10以降に利用調整をさせていただき、順次電話で結果をご連絡いたします。