

| | |
|-------------|-----------|
| お名前： | 住所： |
| かざぐるまの契約日数： | TEL： FAX： |

※上記の契約日数は、利用契約を締結した際に、通所受給者証に記載した「かざぐるま」との契約日数をご記載ください。

かざぐるま（放課後等デイサービス）

2018年 9月 利用予定表 ご利用時間：平日14時～17時、学校休業日11時～17時

| | | 学校 休業日 | 利用時間 | 事業所確認欄 | 備考（個別訓練を希望等） |
|---|-------------|-----------|-------------|--------|--------------------------|
| 例 | 平日 7日 | | 14：00～17：00 | | OT、STの訓練希望。PTは出来なくてもいいです |
| | 学校休業日 9日 | ○ | 11：00～17：00 | | OT、STの訓練希望。PTは出来なくてもいいです |
| | 1日 | 土 | ：～： | 可・不可 | |
| | 3日 | 月 | ：～： | 可・不可 | |
| | 4日 | 火 | ：～： | 可・不可 | |
| | 5日 | 水 | ：～： | 可・不可 | |
| | 6日 | 木 | ：～： | 可・不可 | |
| | 7日 | 金 | ：～： | 可・不可 | |
| | 8日 | 土 | ：～： | 可・不可 | |
| | 10日 | 月 | ：～： | 可・不可 | |
| | 11日 | 火 | ：～： | 可・不可 | |
| | 12日 | 水 | ：～： | 可・不可 | |
| | 13日 | 木 | ：～： | 可・不可 | |
| | 14日 | 金 | ：～： | 可・不可 | |
| | 15日 | 土 | ：～： | 可・不可 | |
| | 18日 | 火 | ：～： | 可・不可 | |
| | 19日 | 水 | ：～： | 可・不可 | |
| | 20日 | 木 | ：～： | 可・不可 | |
| | 21日 | 金 | ：～： | 可・不可 | |
| | 22日 | 土 | ：～： | 可・不可 | |
| | 25日 | 火 | ：～： | 可・不可 | |
| | 26日 | 水 | ：～： | 可・不可 | |
| | 27日 | 木 | ：～： | 可・不可 | |
| | 28日 | 金 | ：～： | 可・不可 | |
| | 29日 | 土 | ：～： | 可・不可 | |

※ 8月10日17時までに郵送か、FAX、直接かざぐるまにご提出ください。

※ 毎月10日17時必着での受付となります。10日17時以降は人数調整に入るため受付出来ません。

※ 学校休業日でのご利用を希望の場合、学校休業日欄に「○」を記入してください。

※ 事業所確認欄に「可→ご利用できます」、「不可→ご利用できません」を記入して、8月16日～21日までに
お返事を致します。

※ ご希望いただいた個別訓練が必ず全て入れるとは限りません。ご了承ください。

医療法人社団ますお会 第2北総病院附属小児リハビリテーション事業所かざぐるま
〒273-0121 鎌ヶ谷市初富803番地12 TEL：047-402-6665 FAX：047-402-6655

（FAX送信の方へ）送信された後に届いているかどうかを必ずお電話でご確認ください。

かざぐるま使用欄です、記入しないでください

| | | | | |
|---|--|-----|--|-----------------------|
| ① | | メール | | 利 用 確 認 済 |
| | | FAX | | |
| ② | | 留守電 | | |
| | | | | |