

お名前：	住所：
かざぐるまとの契約日数：	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（児童発達支援：未就学の乳幼児）

2017年 9月 利用予定表 ご利用時間：平日9時～15時（月～土）

		利用時間	備考（個別訓練を希望等）	事業所確認欄
例	平日 7日	9：00～15：00	OT、STの訓練希望。PTは出来なくてもいいです	○or×
	1日 金	： ～ ：		
	2日 土	： ～ ：		
	4日 月	： ～ ：		
	5日 火	： ～ ：		
	6日 水	： ～ ：		
	7日 木	： ～ ：		
	8日 金	： ～ ：		
	9日 土	： ～ ：		
	11日 月	： ～ ：		
	12日 火	： ～ ：		
	13日 水	： ～ ：		
	14日 木	： ～ ：		
	15日 金	： ～ ：		
	16日 土	： ～ ：		
	19日 火	： ～ ：		
	20日 水	： ～ ：		
	21日 木	： ～ ：		
	22日 金	： ～ ：		
	25日 月	： ～ ：		
	26日 火	： ～ ：		
	27日 水	： ～ ：		
	28日 木	： ～ ：		
	29日 金	： ～ ：		
	30日 土	： ～ ：		

※ 8月10日までに郵送か、FAX、直接かざぐるまにご提出ください。

※ 10日17時必着での受付となります。11日以降は受付出来ません。

※ 事業所確認欄に「○→ご利用できます」、「×→ご利用できません」を記入して、8月16日～20日までに
お返しします。

※ 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

かざぐるま使用欄です、記入しないでください

①		× I L		利 用 確 認 済
		F A X		
②		固 守 電		