

平成 29 年度 第 2 北総病院リハビリテーション附属

小児リハビリテーション事業所 かざぐるま 仮利用相談申込書

※太枠内をご記入の上、郵便でお送り下さい。

利用者 の名 の前	〆り _____ (性別) 男・女 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 所属 (_____) 発達センター・(_____) 保育園・(_____) 幼稚園 (_____) 小学校 (_____) 年 通常学級・特別支援学級 (_____) 年 (_____) 特別支援学校 (_____) 年
	〒 _____ 〆り _____ _____ 都道 市 町 府県 郡 村 自宅電話番号 なし・あり (_____) _____ 携帯電話番号 (_____) _____ (最も連絡のつきやすい番号を記載してください) 保護者氏名 _____ 患者さんとの続柄 _____ 国籍 (「日本」以外の方のみご記入ください。) _____
	手帳：療育手帳 無・有 (_____) 身体障害者手帳 無・有 (_____ 級) 精神保健手帳 無・有 通所受給者証：無・有・申請中 現在、利用されている児童発達支援・放課後等デイサービス ① ② ③

申込書郵送先：〒273-0121 千葉県鎌ヶ谷市初富803

第2北総病院リハビリテーション科 「かざぐるま準備室」 宛て

※記載いただいた個人情報は事業所における支援目的以外には利用いたしません。

お名前:	様	住所:	
		TEL	fax

**かざぐるま(児童発達支援)
2017年 4月 利用希望表(仮)**

ご利用時間:月曜日～土曜日 9時～15時

		利用時間	備考(個別リハの希望など)	事業所確認欄
例○月○日	月	9:00～15:00	個別リハも希望。	OTのみ可
4月1日	土	: ~ :		
3日	月	: ~ :		
4日	火	: ~ :		
5日	水	: ~ :		
6日	木	: ~ :		
7日	金	: ~ :		
8日	土	: ~ :		
10日	月	: ~ :		
11日	火	: ~ :		
12日	水	: ~ :		
13日	木	: ~ :		
14日	金	: ~ :		
15日	土	: ~ :		
17日	月	: ~ :		
18日	火	: ~ :		
19日	水	: ~ :		
20日	木	: ~ :		
21日	金	: ~ :		
22日	土	: ~ :		
24日	月	: ~ :		
25日	火	: ~ :		
26日	水	: ~ :		
27日	木	: ~ :		
28日	金	: ~ :		

利用希望日にご希望のお時間をご記入ください。

事業所確認欄に「○ご利用できます」、「×ご利用できません」「△ご希望通りではありません」を記入してお返します。

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