**あおぞら共和国　利用申込書**

※受付けは利用月の3か月前の1日、午前10時着信分からです。

※この用紙にご記入の上、メール添付、FAXで送信してください。

メール添付、FAXできない方は①～⑥の項目をＥメールで送信してください。

※Ｅメールの件名は「**利用申込：〇月分**」でお願いします。

ＦＡＸ：０３－５８４０－５９７４

E-mail：k.aoyagi@nanbyonet.or.jp

①

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

②

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第1希望 | 第2希望 |
| 利用開始日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 利用終了日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | キャンセル待ち | する | しない | キャンセル待ち | する | しない |
| 療育相談利用希望 | 希望する | 希望しない |  |

※キャンセル待ち、どちらかに〇を付けて下さい。　※キャンセルが出た場合のみご連絡します。

③

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表利用者種別※空欄に〇を付けて下さい |  | 正会員 |  | 賛助会員 |  | 購読会員 |
|  | 非会員（難病や障害のある子どもとその家族） |
|  | 非会員（関係者または支援者） |

④

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表者名 | 代表：　　　　　　　　ｻﾌﾞ:　　　　　　　　ｻﾌﾞ:　　　　　　　　ｻﾌﾞ:　　　　　　　　 | 住 所 | 〒 |
| 携帯電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 親の会等 |  |

※携帯電話がない場合は、利用日に連絡が取れる電話を記入して下さい。

※親の会等の欄には、会の名称、所属団体等の名称を記入して下さい。

⑤

※事務局使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受信日時 |  |
| 受付番号 |  |
| 利用番号 |  |
| 利用棟名 | 　　号棟 |
| 担当者 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者数※事務局使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受信日時 |  |
| 受付番号 |  |
| 利用番号 |  |
| 利用棟名 | 　　号棟 |
| 担当者 |  |

 | 男 | 女 | 総数 |
| 大人 | 小人 | 大人 | 小人 |
|  |  |  |  |  |

※利用者総数が確定していなくても申し込みはできます。

※1・２・４・5号棟の最大定員は10名、３号棟は２０名です。

⑥

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 車いす利用者 |  | あり |  | なし |

通信欄：