**プティパ見学申込書**

枠内の必要事項をご記入の上、**現在通院中の主治医の先生に記名・捺印**いただき、

下記までご郵送ください。

【郵送先】

〒600-8269

京都府京都市下京区西八百屋町１３６番地　ランドビル２階

　　　　　　　　　　NPO法人SEEDきょうと　プティパ　宛

申込日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名　（ふりがな） | （　　　　　　　　　　） |
| 年　齢　・　性　別 | ・ |
| 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  |
| メールアドレス |  |
| 通院先医療機関 | 医療機関名：  主治医：  ケースワーク担当者：  ※ケースワーク担当者がおられない場合は空欄でかまいません。 |

**現在通院中の上記の方について、「就労継続支援B型事業所　プティパ」での当事者活動への**

**見学および、希望があれば体験利用を許可します。**

令和　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名 ：

所　在　地　 ：

TEL/FAX ：

主治医氏名 ： 印