

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