

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・捺印頂き、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	才 (男 ・ 女)
住所	〒 -
電話	自宅： 携帯：
メールアドレス	@
見学希望日	第一希望 (月 日) 第二希望 (月 日)
通院医療機関 (ケースワーク担当者)	() 担当がおられない場合は空欄で構いません

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。

年 月 日

医療機関名 :

住 所 :

TEL/FAX :

主治医氏名 :

印