**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