

# どっほジョブセンター 通所申込書

どっほジョブセンター 管理者殿

下記の内容にて貴施設への本申込を致します。

写真貼付欄

スナップ写真可  
カラー写真可

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

通所希望者氏名		⑩	性別	男 ・ 女
保護者氏名				続柄
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
年齢	歳			
現住所	〒 -			
電話番号	( )	保護者 携帯電話		

障害者手帳	1. 身体障害者手帳 ( 級 ) ( 障害名 )			
その他	2. 精神保健福祉手帳 ( 級 ) 3. 療育手帳 ( マルA ・ A ・ B ・ C 判定 )			
障害程度区分 認定の有無	1. あり ( 区分 1 2 3 4 5 6 ) 2. なし 3. 申請中			
認定の有効期間	令和・平成 年 月 日 から 令和 年 月 日			
就労移行・B型の 受給決定の有無	1. あり ( 移行 ・ B型 ) 2. なし 3. 申請中			

医療機関名		担当医	
傷病名等			
詳細な症状			
内服中の薬			
現在の治療内容			
発作の有無 その内容			

自主通所	可 ・ 不可	送迎希望	有 ・ 無
自主通所可の場合の方法	駅～ 駅 ・ バス( ～ ) ・ 自転車or徒歩		
昼食の方法	持込 ・ センターで宅配		
一般就労への希望	有 ・ 無		

申込み理由	

特記事項	
------	--

ご本人の様子	食事	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. その他
	集中力	1. 持続	2. 普通	3. 多少落ち着きがない	4. 苦手
	服薬管理	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. その他
	人間関係の構築	1. 自立	2. 付添が必要	3. 時間がかかる	4. その他
	金銭管理	1. 自立	2. 一部管理必要	3. 全て管理が必要	4. その他

ご家族状況	氏名	続柄	年齢	住所	電話番号

身元引受人	氏名	続柄	年齢	住所	電話番号

当施設からの連絡先	1. 本人 2. 身元引受人 3. その他 (
-----------	-------------------------

(申込時の注意事項)

※この通所申込書のほかにかかりつけ医の意見書が必要な場合があります。

※この通所申込書の提出をもって利用が決定するものではありません。後日、アセスメント(聞き取り調査)を行います。その後体験通所をしていただき利用の決定をいたします。

上記のとおり、記載事項に相違ありませんので利用の申し込みを致します。

この申込書が、事実と相違したり、通所不適合と判断された場合には、申込を取消されても異議のないことを誓約いたします。また、貴施設が通所希望者を円滑に支援するため、かかりつけの病院や行政関係機関等に情報の提供を求めたり、この申込書記載事項の情報を開示することに同意致します。

同意欄	令和 年 月 日 通所希望者氏名	㊟
-----	------------------	---