

FAX 03-3440-2781

支援事業施設利用申込書 (主治医による診断書も併せて提出をお願いします)

記入日 平成 年 月 日

保護者氏名住所	フリガナ	性別	□男 □女		
	印		生年月日	年 月 日()才	
	フリガナ				
	〒				
	Email	電話・携帯電話			
利用者氏名	フリガナ	性別	□男 □女	続柄	
			生年月日	平成 年 月 日()才	
同伴者	氏名(フリガナ)	年齢	続柄		

ご希望内容

娯楽施設等希望先

- 東京ディズニーランド 東京ディズニーシー キッザニア東京
サンリオピューロランド 三鷹の森ジブリ美術館 その他(希望先をお書きください)

.....

.....

.....

博物館、美術館、コンサート等(希望先がありましたらお書きください)

.....

.....

.....

.....

その他、アーティスト、科学者、文化人、芸能人、各界著名人等会ってみたい人はいますか。
(最善の努力はいたしますが、先方の都合などで実現できないこともありますので予めご了承下さい)

.....
.....
.....
.....
.....

ご利用者の趣味、嗜好について

趣味(具体的にお書きください。)

.....
.....
.....

嗜好について(食べ物の好き嫌い等具体的にお書きください)

.....
.....
.....
.....
.....

ご利用希望日

平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()

現在の状況

在宅生活中 入院中

医療機関名

医局名

主治医名

連絡先

電話・Fax

Email

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

その他

東京ディズニーランド等で既に遊ばれたことはありますか。

- ありません
あります(行かれた施設名をお書き下さい)
-

他団体から支援を受けられた事がありますか。

- ありません
あります(その場合アーティスト等からの支援がありましたらお名前をお書き下さい)
-

施設利用の申し込みならびに選考規程

申し込み

- 1 申し込みは、この施設ご利用申込書にご記入していただき郵送またはファックスしてください。
- 2.主治医による診断書も併せて郵送してください。当法人から直接主治医の先生にお問い合わせする場
合もありますので、予め主治医の先生にはその旨お伝えしておいてください。
- 3.この申込書を提出したことで施設利用が決定したわけではありません。
当法人の受け入れ基準に該当すると判断の後、受け入れ決定のお知らせをいたします。
- 4.施設利用が決まりましたら、受け入れの準備のために、担当者が打ち合わせにお伺いをいた
します。
- 5.申し込み後の状況の変化があった場合は、必ず申し込み先の当法人までお知らせください。

選考規程

[選考規程\(PDF\)](#) をご覧下さい。

ホスピタリティ・ゲストハウス

公益社団法人 ア・ドリーム ア・デイ IN TOKYO