

FAX 03-6411-1407

支援申込書 (担当医による診断書も併せて提出をお願いします)

記入日 _____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	_____年__月__日()才	
同伴者	氏名(フリガナ)			年齢	続柄

ご希望内容

訪問先施設等の希望

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
チームラボプラネッツ 東京スカイツリー その他(希望先をお書きください)

.....

.....

.....

今回の旅行支援の中でやりたいこと

.....

.....

.....

希望時期

_____年__月__日 ~ _____年__月__日

現在の状況

在宅生活中 入院中

診断名 _____

医療機関名 _____

診療科名 _____

担当医名 _____

連絡先 _____

電話・Fax _____

Email _____

その他

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)

今回の申込は過去の旅行者・支援者等からの紹介でしょうか

紹介者なし

紹介者あり (紹介者氏名: _____)

施設利用の申込みから受入れまで

申込み

- 1 申込みは、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. **担当医による診断書**も併せて郵送してください。当法人から直接担当医の先生にお問い合わせする場
合もありますので、予め担当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. 申込み後の状況の変化があった場合は、必ず申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。

公益社団法人 ア・ドリーム ア・デイ IN TOKYO