

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	児との 続柄		
	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	身長 体重	cm	
				kg	
		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 ☐ 横浜アンパンマンこどもミュージアム
☐ 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

第1候補：_____年____月____日 ～ _____年____月____日

第2候補：_____年____月____日 ～ _____年____月____日

第3候補：_____年____月____日 ～ _____年____月____日

上記の時期を希望する理由：_____

現在の状況

☐ 在宅治療中 ☐ 入院治療中 ☐ 治療後経過観察中 ☐ その他（_____）

診断名 _____

医療機関名 ① _____（主病院）

医療機関名 ② _____（かかりつけ）

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（下記に支援団体名、支援時期、支援内容をご記載ください）

支援団体名：_____ 支援時期：_____

支援内容：_____

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、この支援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