利 用 希望書

ワークセンター千里	所長殿			写	真
(フリガナ) 申請者氏名		令和	年(月 男 •	日 女)
生年月日	昭和•平成 年 月 日(才)			_
住 所	<u></u> T				_
電話番号	TEL				
(フリガナ) 申請者代理人			(男 •	女)
(申請者との関係	<u>系)</u>				
住 所	Ŧ				_
電話番号	TEL				
(緊急時連絡先)	Tel				
療育手帳 精神保健福祉手帳 身体障害者手帳	A · B1 · B2 1級 · 2級 · 3級 種 級(障害名:)
学 校 名					
施設名					
・利用希望理由など					
<u>・利用希望</u> (Oをつけてください)					
_• 就労移行支援 • 就労継続支援B型					

※ ご記入いただいた際の個人情報につきましては、個人情報保護関係法令を遵守し、当施設の利用希望及び手続のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。