

令和 年 月 日

社会福祉法人明清会
理事長 市川 昇 殿

ほびき園障害福祉サービス体験利用申込書

ほびき園_____の利用を申し込みます。

【本人】

氏名 _____ 印

生年月日 大・昭・平 年 月 日

住 所 _____

電話番号 () _____

利用開始日 令和 年 月 日

【身元保証人】

氏名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 () _____

続 柄 _____