

年 月 日

島田療育センター
院長 殿

機関名.....

住 所.....

電話番号.....

ファクシミリ番号.....

代表者氏名..... 公印

担当者・連絡先.....

.....

スヌーズレンの依頼について

標記の件について下記内容で実施をお願いいたします。

実施事業名	<ul style="list-style-type: none">スヌーズレン体験（初回の方はこちらです）スヌーズレン室の利用スヌーズレン講習会（島田療育センター内にて） いずれかに○をつけてください。
希望日時	第1希望 年 月 日（ ） 時～ 時 第2希望 年 月 日（ ） 時～ 時 第3希望 年 月 日（ ） 時～ 時
目的	
利用者人数と内訳 （当事者と支援者など）	
承諾確認 （センター記入欄）	年 月 日（ ） 時からお受けします。 5分前に外来総合案内前にお出でください。