**大田区立障がい者サポートセンター　短期入所**

**キャンセル待ち　申込票**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 年　　月　　日 （持参・郵送・メール） |
| 希望日 　　 | 年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日　　 　泊　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 利用目的 | １　保護者の病気　　　２　冠婚葬祭　　　３　家族介護４　学校行事等　　　　５　旅行　　　　　６　保護者の休息７　その他　（　 ） |
| 連絡先（日中） |  |

＊この申込票と一緒に利用申請書も提出ください。

＊キャンセルが出た場合のみご連絡します。