

デイケアご見学者 受付シート

ご見学代表者をご記入ください。(所属機関ごとに1枚ご提出ください。)

※ ご見学の前に、下記の説明・注意事項をお読みください。記載内容に同意頂けましたら、□ボックスに✓し、お名前のご記入をお願いいたします。

<説明・注意事項>

- ご見学は、原則9時半～12時までとなります。(プログラムの進行やプログラム参加者の状況などにより、変更される可能性がありますことご了承ください。)
- ご見学の際は、当院スタッフの指示に従ってください。
- ご見学中、下記の行為はご遠慮ください。
 - ・ 写真撮影・録音・録画。
 - ・ 個人情報(参加者の名前など)の記録。
 - ・ 参加者への話しかけ。
 - ・ プログラム実施中のスマホやパソコンの操作。
 - ・ 事前申し込みされていないデイケアプログラムの見学。
 - ・ その他、プログラムの進行を妨げたり、参加者に迷惑や負荷をかける行為。

上記の説明をお読み頂き記載内容に同意頂ける場合は、□ボックスに✓をし、代表者のお名前をご記入ください。

上記の説明・注意事項を読み、記載内容に同意いたします。

同意する。 お名前 _____

※ 下記のご記入をお願いいたします。

ご見学日・コース	年 月 日	見学コース： 発達(火曜・土曜)・学生・ADHD・就労者・生活支援
ご所属機関名：		
ご住所 〒		
ご見学代表者お名前(部署・役職等含)：		
TEL：		E-mai：
同行者全員のお名前 (部署名・役職等含)		
今回のご見学の目的 (経緯等)をお聞かせ ください。		
その他、ご質問等あり ましたら、ご記入くだ さい。		

スタッフコメント欄

担当スタッフ ()