利　用　者　名　簿

団体名（グループ・家族）　　利用日　平成　　年　　月　　日　～　　月　　日　　泊　　日

注下記の表への記載はいりません

番号	部屋名	氏　名	障害者	介護者	その他家族	その他家族3歳未満	その他 一般　職員・友人等	その他ボランティア	性別	年齢	住所（市町村及び区名のみ）	電　話	備考

＊その他の欄へその他家族・職員・友人・ボランティアを含む

利用人数

	障害者	介護人	その他	3歳未満	合　計	日帰り
／						
／						
／						
／						

食事数

	／ 1日目	／ 2日目	／ 3日目	／ 4日目	／ 5日目
朝					
昼					
夕					

記入方法：障害者については（①身体障害②知的障害③重複障害④その他の障害）の番号を記入してください。
介護者は家族(1名)の方のみとなります。介護者・その他(家族・家族3歳未満・一般職員・友人・ボランティア)の欄については、それぞれ当てはまる所に〇を付けてください。備考欄や右の利用人数・食事欄は記入しないでください。