



安心のバリアフリー・24時間見守り体制
AMANEKU野田中里
 日中サービス支援型 障がい者グループホーム

2023.
11.1 (水)
オープン

『安心・安全』に暮らしながら、
 『自分らしく』過ごせる場所。
 AMANEKU野田中里が、
 新しい生活をサポートします。

安心の
 24時間見守り
 体制

全館新築
 バリアフリー
 設計!



◀ 詳細パンフレット
 ご覧いただけます

2023年9月 見学・内覧会 開催のお知らせ

平素は大変お世話になっております。

このたび当社では、安心のバリアフリー・24時間見守り体制の「日中サービス支援型」障がい者グループホーム AMANEKU野田中里を開設いたしますこと、本紙にてお知らせ申し上げます。見学・内覧会を開催いたしますので、どうぞお気軽にお問い合わせ・お申し込みください。皆様のご来訪を、一同心よりお待ちしております。

9 September AMANEKU野田中里見学・内覧会日程 2023

| 日Sun | 月Mon | 火Tue | 水Wed | 木Thu | 金Fri | 土Sat |
|------------------|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 27 | 開催時間帯 【朝の部】10:00~ 【昼の部】13:00~15:00~ 【夕の部】17:00~ | | | 31 | 1 | 2 |
| 3 | | | | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 見学・ 内覧会 | 13 | 14 | 15 見学・ 内覧会 | 16 |
| 17 | 18 敬老の日 見学・ 内覧会 | 19 | 20 | 21 見学・ 内覧会 | 22 | 23 秋分の日 |
| 24 見学・ 内覧会 | 25 | 26 | 27 見学・ 内覧会 | 28 | 29 | 30 見学・ 内覧会 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

※お時間や日程が合わない場合は、お気軽にご相談ください。

※2023年10月より体験入居開始

MAP



◎所在地

〒270-0237 千葉県野田市中里 427-1

◎公共交通機関ご利用の場合

東武アーバンパークライン「川間駅」バス3分
 「川間郵便局前」バス停徒歩3分

◎マイカーをご利用の場合

駐車場完備
 ナビで住所または以下マップコード
 [3 866 640*08] をご入力下さい

交通アクセス

お問い合わせは、AMANEKUご利用相談受付係まで

TEL.0120-973-341

FAX.050-3385-5021

[通話料無料]月~金 9:00~18:00 (土日祝除く)

ホームページでもご案内しています

<https://amaneku-home.jp>

AMANEKU 検索

Instagram

<https://www.instagram.com/amanekuhome222/>



株式会社 AMATUHI

〒220-6004 神奈川県横浜市西区みなとみらい2-3-1 クイーンズタワー A4 階
 TEL : 045-263-8670 FAX : 045-263-8766 WEB : <https://amaneku-home.jp>



同時募集 /

介護サービス包括型グループホーム
 「AMANEKU野田琴平」(千葉県野田市)



障がい者グループホーム AMANEKU 見学・内覧申込書

見学・体験をご希望の方は、下記に FAX 又はメール添付にて本申込書をお送り下さい。

FAX : 050-3385-5021 メール : soudan@amaneku-home.jp

お電話でのお問い合わせはこちらまで⇒0120-973-341 (通話料無料・平日 9:00~18:00)

障がい者グループホーム AMANEKU ご利用相談受付係 宛

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 見学希望 <input type="checkbox"/> 体験入居希望 | | 申込日 | 20__年__月__日 (__曜日) | |
| 希望事業所 | AMANEKU | | | |
| 希望内容 | <input type="checkbox"/> 男性専用 <input type="checkbox"/> 女性専用 <input type="checkbox"/> 日中支援 <input type="checkbox"/> 常時の見守り <input type="checkbox"/> バリアフリー <input type="checkbox"/> メンタルケア <input type="checkbox"/> 身体介助 <input type="checkbox"/> 服薬・金銭管理 <input type="checkbox"/> 余暇支援 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| ご本人情報 | お名前 | (ふりがな) | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| | | | ご年齢 | ____歳 |
| | ご住所 | 〒 | | |
| | ご連絡先 | 電話 : | FAX : | |
| | | メール : | | |
| | 障がい名 | | 障がい支援区分 | |
| | 障がい者手帳の有無 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | 受給者証の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 通所先 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし ※既往歴や看護サマリーなど 当日お持ちいただける場合はチェック→ <input type="checkbox"/> | | | |
| お付添又は代理人の方 | お名前 | | | |
| | ご連絡先 | 電話 : | FAX : | |
| | | メール : | | |
| | 第1希望 | 第2希望 | 希望人数・属性 | 当日連絡先 |
| 希望日時 | 20__年__月__日 時間帯 : _____ | 20__年__月__日 時間帯 : _____ | ____人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> 行政等機関 | |
| その他ご要望等ございましたらご記入下さい | | | | |

1. ご記入頂きました情報は、社内資料としてのみ使用させて頂き、その他には一切流用しません。
2. ご記入できる箇所だけご記入いただき、FAX または データでお送り下さい。