



安心のバリアフリー
24時間見守り体制

日中サービス支援型
障がい者グループホーム

AMANEKU八王子美山町

東京都八王子市

2024.
5.1(水)
オープン
予定

『安心・安全』に暮らしながら、
『自分らしく』過ごせる場所。
AMANEKU八王子美山町が、
新しい生活をサポートします。

▶ 詳細パンフレットご覧いただけます

安心の
24時間見守
り体制

全館新築
バリアフリー
設計!



2024年3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八王子美山町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。

3 March AMANEKU八王子美山町見学・内覧会日程 2024

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

※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。

※2024年4月より体験入居開始



◎所在地
〒192-0152 東京都八王子市美山町805-3

◎公共交通機関ご利用の場合
中央本線「高尾駅」バス18分、
「御屋敷入口」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
[23 345 826*4]をご入力下さい

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/>



近B OPEN 予定 / /

8/1(木) OPEN 予定
AMANEKU 八王子川口町 A棟/B棟/C棟
〒193-0801 東京都八王子市川口町1387-11

8/1(木) OPEN 予定
AMANEKU 八王子中野山王
〒192-0042 東京都八王子市中野山王2丁目21番10号



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>



障がい者グループホーム AMANEKU 見学・内覧申込書

AMANEKU

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 八王子美山町			
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。