

☆ 教室名	水 泳 教 室 ( )										
ふりがな				☆ 生年月日	年	月	日生	☆ 年齢	歳		
☆ 氏名				性別	男・女		血液型	A・B・O・AB			
☆ 現住所	〒						☆ TEL				
							FAX				
Eメールアドレス							携帯				
緊急連絡先	〒						TEL				
							FAX				
	氏名			関係			携帯				
障害について	障害種別 (級別)	肢体・聴覚・視覚・内部・知的・精神・発達・難病					手帳発行機関				
		種	級	級	級	手帳交付日	/ /				
	障害名										
	補装具	※ 聴覚障害の方は手話通訳者または要約筆記者の有無					無・有(手話・要約)				
	※ 介護者がいる場合、氏名及び本人との関係	氏名			関係						
☆ 健康面について	1. 心臓疾患の有無						有・無 ( )				
	2. てんかん発作の有無						有・無 ( )				
	3. 医師の承諾の有無						有・無 ( )				
	4. 服薬の有無						有・無 ( )				
	5. その他 ( )										
☆ 教室について	1. 経験について(以前受講したことがあるか等)										
	[ ]										
	2. 身体障害者手帳を持たれている方へ確認です。 ・肢体不自由の方 日常生活で介助を要する動作等がありますか? ・視覚障害の方 ガイドヘルパー(又は介護者)の確保はできますか?										
	3. その他(受講教室ごとの募集要項を参照)										
[ ]											
4. 広報のための写真撮影について ( )協力する ( )遠慮する											

申し込みは、ハートピアかごしま1Fの総合受付に直接持参するか、電話、FAX、郵送でも可です。  
 県障害者自立交流センター TEL(099)218-4333 FAX(099)220-5420