

☆ 教室名	ボッチャ教室										
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	〒					☆ ☎					
						FAX					
Eメールアドレス						携帯					
緊急連絡先	〒					☎					
						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・難病・発達					手帳発行機関				
		種	級				級	手帳番号			
	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要・不要					不要・要(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. 医師の承諾の必要性の有無					有()・無					
	4. 服薬の有無					有()・無					
	5. その他 ()										
☆ 教室 について	1.当センターの教室の受講経験はありますか? ・ある ・ない										
	2.スポーツの経験はありますか? ・ある : よろしければ何のスポーツか()に書いてください。 ・ない ()										
	3. 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 (ある ・ ない)										
	・視覚障害者の方 ガイドヘルパー(又は介護者)の確保はできますか (できる ・ できない)										
	4. その他(教室の募集要項を参照の上) ご質問、ご意見、ご要望等あればお書き下さい。										
5. 広報のための写真撮影について					()協力する ()遠慮する						