

鹿児島県障害者自立交流センター  
教室受講申込書

【文化教室】

受付日 /  
受付( )

☆ 教室名	デコラティブクレイアート教室									
ふりがな										
☆ 氏 名	☆ 生年月日	年 月 日 生			☆ 年齢	歳				
	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	手帳の有無				手帳所持 ・ 手帳不所持					
	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 ・視覚障害者の方 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) ご質問、ご意見、ご要望等あればお書き下さい。									
	4. 広報のための写真撮影について				( )協力する			( )遠慮する		

申込は、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。

鹿児島県障害者自立交流センター Tel(099)218-4333 Fax(099)-220-5420