

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 /

☆ 教室名	ネイル教室						
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	氏名	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						