

鹿児島県障害者自立交流センター
教室受講申込書

【スポーツ教室】

受付日 /

| | | | | | | | | | | |
|------------------|--|---|------------------------------|-----|----|---------|------------|----------|---|--|
| ☆ 教室名 | | 車いすテニス教室 | | | | | | | | |
| 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・視覚・聴覚・内部 | | 知的 | 精神 | | 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 | | | | | | | | |