

☆ 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						