

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	車いすバスケットボール教室								
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		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								
	*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.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. 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。								

申込は、ハートピアかごしま1Fの総合受付に持参又は、電話、FAX、郵送にて承ります。

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