

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 /  
受付担当( )

☆ 教室名	親子カルチャー 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	☆ 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		
参加保護者		氏名			関係	
兄弟参加希望の場合 (定員に達した場合は参加できません)		氏名			関係	
障 害 について	障害種別 (級別)	肢体・視覚・聴覚・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			要(手話・要約)・不要	
	*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 ( )			
	5. その他配慮の必要なこと ( )					
☆ 教室 について	1. 身体障害者手帳を持たれている方へ確認です。 <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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 <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> <li>▶ 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 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない</li> </ul>					
	2. 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。					
	3. 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