

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					