

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	料理教室									
ふりがな										
☆ 氏 名	☆ 生年月日	年	月	日	生	☆ 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	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.当センターの受講経験について ・初めて受講する                      ・過去に異なる講座を受講したことがある									
	1. 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									
	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、電話、FAX、郵送、メールでも可です。

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

メールアドレス forest-24@heartpiakagoshima.jp