

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 / /
受付担当 ()

☆ 教室名	3B体操教室										
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										
	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 ()										
	1, ・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綱を参照) 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					