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(　　)

☆ 教室名	ドライフラワー教室						
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	〒			☆日中連絡の取れる電話番号			
☆Eメールｱﾄﾞﾚｽ							
緊急連絡先	〒			☎			
				FAX			
	氏 名		関 係		携帯		
	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						

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