# 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 | デコラティブクレイアート教室 | | | | | | |
| 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<br>について | 障害種別<br>(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<br>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<br>及び本人との関係 | 氏 名 | | | 関係 | | |
| ☆<br>健康面<br>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 (　　) | | | | | | |
| ☆<br>教　室<br>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。<br>・肢体不自由の方<br>日常生活で介助を要する動作等がありますか<br>・視覚障害者の方<br>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