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　　/

☆ 教室名	卓球 教 室						
ふりがな		☆ 生年月日		生	☆ 年齢	歳	
☆ 氏　名		性 別	男 ・ 女	血液型	A・B・O・AB		
☆現住所	〒			☆ ☎			
				FAX			
☆Eメールｱﾄﾞﾚｽ				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・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・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