

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	季節の生け花教室											
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 ( )											
☆ 教 室 について	1. 当センターでの受講経験について					*生け花について						
	・初めて受講する ・過去( )回受講					・経験あり 約( )年 ・全くの初めて						
	2. 身体障害者手帳を持たれている方へ確認です。											
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>											
3. 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。												
4. 広報のための写真撮影について ( )協力する ( )遠慮する												