

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	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	〒			☆ ☎				
				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			*デコラティブクレイアート教室について				
	・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"> ・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								