

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 /

☆ 教室名	健康料理教室							
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. 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	