

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	親子カルチャー バルーンアート教室										
ふりがな											
☆ 氏 名	☆ 生年月日		年	月	日	生	☆ 年齢	歳			
	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	氏名		携帯					
参加保護者		氏名					関係				
兄弟参加希望の場合 (定員に達した場合は参加できません)		氏名					関係				
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要・不要		要(手話・要約)・不要		
	*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 ()						
	5. その他配慮の必要なこと ()										
☆ 教室 について	1. 当センターの受講経験について ・初めて受講する ・過去に異なる講座を受講したことがある										
	1. 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 □ある □ない ▶ 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 □できる □できない										
	2. 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。										
	3. 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