

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 | 平成30年度 フライングディスク教室 | | | | | |
| ☆ 氏名 | ふりがな | ☆ 生年月日 | 年 | 月 | 日 | ☆ 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 | | 携帯 | | |
| 障 害 について | 障害種別 (級別) | 肢体・視覚・聴覚・内部 種 級 | 知的 | 精神 | 手帳発行機関 | |
| | 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 | | |
| | 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) | | | | | |

申し込みは、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。
 県障害者自立交流センター TEL(099)218-4333 FAX(099)220-5420