

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 ブラインドテニス 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)										

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