

団体用

奈良県心身障害者福祉センター  
教室参加申込書(令和4年度)

必要事項を記入して下さい。

提出日 年 月 日

フリガナ 施設名 フリガナ 担当者名	
連絡先	TEL FAX
住所	〒 ー
希望教室に ○印を付けて 下さい。  複数選択が可能です。  <u>災害その他やむを得ない理由 により日程の変更や中止をす る場合があります。</u>	( )さわやか体操 ・リラックス水泳(個人参加に限ります。) ( )スクエア・ステップ(リズムに合わせて動ける人。) ( )ポッチャ競技【身体障害(肢体不自由)者を優先します。】 ( )ミュージック・ケア① ( )ミュージック・ケア② ( )図工 ( )書道 ( )生け花

希望者の必要事項を下記に記入して下さい。

フリガナ 氏名			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)	昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)	昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)
性別	男 女	男 女	男 女
障害種別	身体障害(肢体不自由) 知的障害 精神障害 その他	身体障害(肢体不自由) 知的障害 精神障害 その他	身体障害(肢体不自由) 知的障害 精神障害 その他
障害名 <small>お手持ちの手帳に記載されている通り</small>			
介助者の有無	(新型コロナウイルス感染拡大防止の為、生徒1名に対して介助1名です。) 有 り (全体で 名) ・ 無 し		
手帳番号	第 号 種 級	第 号 種 級	第 号 種 級
知的障害(療育手帳)	A1 A2 B1 B2	A1 A2 B1 B2	A1 A2 B1 B2
補装具の使用状況 <small>車椅子・T字杖使用・義足使用等</small>			

注 正確に記入してください。定員を超えた場合、初めての方を優先させていただきます。

《 申 込 先 》 〒636-0344 奈良県磯城郡田原本町宮森 34-4 奈良県心身障害者福祉センター

TEL : 0744(33)3393 FAX : 0744(33)1199 ※FAXで申込をされる場合は、必ず確認の連絡をお願いします。

用紙が不足の場合、コピーして下さい。