

滋賀県立障害者福祉センター

平成30年度 スポーツ教室受講申込書

希望の教室に○をつけてください。(各教室ごとに提出してください)

トータルプログラム	
親子水泳	

○受講者

フリガナ  
氏 名

男 ・ 女

年齢

歳 (平成30年4月1日現在)

(生年月日 西暦 年 月 日生)

※年齢によって保険料が変わります。

※親子水泳教室の受講を希望される方は、共に教室を受講される方の氏名・年齢を記入してください

フリガナ  
保護者氏名

男 ・ 女

年齢

歳 (平成30年4月1日現在)

(生年月日 西暦 年 月 日生)

※年齢によって保険料が変わります。

〒

住 所

電 話 番 号

F A X

障 害 名

○緊急連絡先

フリガナ  
氏 名

続 柄

電 話 番 号

○現在特別支援学校に在学されている場合は学校名を記入してください。

{ }

○当センター利用者カードの有無について

{ 有 無 } ※持っておられない方は作っていただくように御協力をお願いします

★申込みにあたって記載していただいた個人情報、本教室運営上ならびにセンター利用上に関する目的以外で使用することはありません。

受付日

受付者