

滋賀県立障害者福祉センター

2019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

(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

(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○をつけてください。

{ 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

トータルプログラム教室に申し込まれる方へ

※該当する数字に○をつけてください。

1. 身体障害者手帳を持っている

2. 精神保健福祉手帳を持っている

★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