

滋賀県立障害者福祉センター
令和4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)

体の使い方 幼児	
体の使い方 ジュニア	
親子水泳	

受講者

フリガナ
氏名

(男・女) 年齢 歳

(生年月日 年 月 日生)

※親子水泳の受講希望者は、一緒に受講される保護者の氏名・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 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 番 号

障 害 名 ・ 等 級

緊急連絡先

フリガナ
氏名

続 柄

電 話 番 号

※該当する箇所に○をつけてください。

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。

手帳の有無について

所持されている手帳全てに○をしてください。

有 (療育手帳 ・ 身体障害者手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳)

・
無

★申込みにあたって記載していただいた個人情報は、本教室運営上、センター利用上に関する目的および新型コロナウイルス感染症対策の目的以外で使用することはありません。

受付日

受付者