

滋賀県立障害者福祉センター

令和5年度 体の使い方（キッズ・ジュニア）受講申込書

希望の教室に○をつけてください。

体の使い方 キッズ	
体の使い方 ジュニア	

受講者

フリガナ氏名 (男・女) 年齢 歳

(生年月日 年 月 日 生)

〒 \_\_\_\_\_

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以外で使用することはありません。

受付日

受付者