

滋賀県立障害者福祉センター

令和5年度 体力測定・トレーニングアドバイス参加申込書

フリガナ
受講者氏名

性別() 年齢 歳

〒 _____

住 所 _____

TEL _____

FAX _____

障害名 _____

受付希望時間

(受付可能な時間帯に✓を付けて下さい。複数回答可。)

13:30～

14:00～

14:30～

15:00～

★受付期間終了後、個人の受付時間の詳細等については後日、センターから連絡させていただきます。

1. 下記の項目の装具(金属等)が入っている方は、該当のところに○をつけてください。

(該当する方は金属が埋め込まれているため体組成計による分析はできませんのでご了承ください。)

ペースメーカー

ステント

人工弁

人工関節

金属類

2. この事業に申し込んでいただいた動機を記入して下さい。

3. その他配慮する点があればお書きください。

受付者 _____

受付日 _____