

滋賀県立障害者福祉センター

令和2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)

水泳選手育成		バスケットボール 選手育成	
楽しく笑顔でリハビリ			

受講者

フリガナ名 _____ 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お願いします。

楽しく笑顔でリハビリ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. 特定医療費(指定難病)受給者証を持っている

★申込みにあたって記載していただいた個人情報は、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

||

”