滋賀県立障害者福祉センター
令和８年度　フラワーアレンジメント教室

該当する方を○で囲んでください。

令和７年度受講していない　・　令和７年度受講した

受講者氏名　　性別（　　）年齢　　歳

〒　　－

住　所　　市・郡

ＴＥＬ（　　）　－

ＦＡＸ（　　）　－

障害名

緊急連絡先

氏　名

続　柄

ＴＥＬ　（　　）　－

※　センター記入欄

受付日		受付者		抽選等の結果	受講可　・　受講不可

★申込みにあたってお預かりする個人情報は、今回申込まれた教室運営上の目的以外で使用することはありません。

★受講申込みにあたって、次の事項にご記入ください★

1　教室を受講されるに当たっての目標をお書きください。

2　教室を受講するに当たって、心配に思っていることがあればお書きください。

3　その他連絡事項があればお書きください。