

転倒防止・ストレッチング教室 I 申込書

京都市障害者教養文化・体育会館 館長		[申し込み日] 年 月 日	
申込者の氏名(ふりがな)		申込者の住所 〒()-() 電話 () - FAX () -	
年齢	歳	性別	男 ・ 女
教室名	◇転倒防止・ストレッチング教室 I に申し込みます		
障害名	※ 手帳の記載どおりにご記入ください。	身 体	級
		療 育	A・B
		福 祉	級
障害、疾病、怪我、発作などがあればご記入ください。 (手帳をお持ちの方は、手帳に記載されている障害は記入しなくても結構です。)			
★特記事項があればご記入ください。			
※ 備考欄 (会館記入)			受付者

*上記の個人情報は、当該目的以外には使用しません。