家庭でできるヘアカット研修会　申込書

利用者番号	（　　）

京都市障害者教養文化・体育会館　館長	［申込日］　　年　　月　　日
申込者の氏名(ふりがな)	申込者の住所　〒（　　）ー（　　） 電話（　　）　　－ FAX（　　）　　－

年　齢	歳	性　別	男　・　女

コースの選　択	どちらかに〇をつけてください。 ※継続受講の方はステップアップになります。　（4/19）開催分 基礎　　・　　ステップアップ

障害の有無	あり　・　なし	身　体	級
障害名	※　手帳の記載どおりにご記入ください。	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。