

利用者番号

()

転倒防止・ストレッチング教室2 申込書

京都市障害者スポーツセンター センター長

[申し込み日]

年

月

日

★申込者の氏名(ふりがな)

電話 ()

-

FAX ()

-

年齢

歳

性別

男 ・ 女

障害の有無

あり ・ なし

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

手帳の障害以外に障害、疾病、怪我、発作などがあればご記入ください。

薬の服用

あり ・ なし

「あり」の場合は、具体的にご記入ください。

特記事項があればご記入ください。

※ 備考欄 (センター記入)

担当者

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。