

はじめての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 〒()-()	
		電話 () -	
		FAX () -	
年齢	歳	性別	男 ・ 女
コースの 選 択	どちらかに○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。		(4/17) 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			療 育 A・B
			福 祉 級
※ 手帳の記載どおりにご記入ください。			
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。