

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。				(10/9) 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。