

障害者ボウリング教室申込書

ふ り が な				性 別
氏 名				1. 男 2. 女
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日			
保 護 者 名				
住 所	〒 —			
電話番号	()	FAX番号	()	
身障手帳	1. 肢体（車椅子 有・無） 2. 視覚 3. 聴覚（コミュニケーション：①手話 ②要約筆記） 4. ぼうこう又は直腸機能障害 5. その他 6. 無			
療育手帳	1. 有 （手帳の交付申請中を含む） 2. 無 （取得の対象に準ずる障害のある方）			
精神障害者 保健福祉手帳	1. 有 （手帳の交付申請中を含む） 2. 無 （取得の対象に準ずる障害のある方）			
所属施設 （学校）名	電話番号 ()			
靴・ボウル	1. 持参する（靴・ボウル） 2. レンタルする（靴・ボウル）			
質 問	<重複障害> 1. なし 2. 肢体 3. 視覚 4. 聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく言語障害 5. ぼうこう又は直腸機能障害 6. その他 () <本人に対することで何か注意することがあればお書きください> （手話通訳や要約筆記が必要な場合もこちらにご記入ください） <ボウリング経験> 1. なし→（口通常レーンを希望・口ガターなしのレーンを希望） 2. あり 所属チーム()			
その他	◇肢体不自由の方で投球補助用（スロープ）の使用について 1. 利用する 2. 利用しない ◇車椅子の方で駐車場の利用希望 1. 有 2. 無			

《受付処理欄》

受付日 令和 年 月 日 区 支援課 受付者

※受付後、障害政策課ノーマライゼーション推進係までお願いします。