障害者サッカー教室申込書

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	（　　）
メールアドレス			
所属施設 （学校）名	電話番号　　（　　）		
身体障害者 手帳	1．肢体　　2．視覚 3．聴覚（手話通訳を希望する・要約筆記を希望する） 4．その他（　　）		
療育手帳	1．あり　　（手帳の交付申請中を含む） 2．なし　　（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．あり　　（手帳の交付申請中を含む） 2．なし　　（取得の対象に準ずる障害のある方）		
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（　　） 〈サッカー経験〉 1．あり（チーム等に所属している方は所属先をご記入ください） ［チーム名等：　　］ 2．なし ＜参加に当たり、配慮を必要とすることがあればご記入ください＞ 記載例：自由に行動してしまうため、指示が必要　等 （　　）		

《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。