

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> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;">(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)</div>		
<ボウリング経験> 1. なし→(□通常レーンを希望・□ガー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。