

かがわ総合リハビリテーション福祉センター(教室・講習)申込書

2020年 7月 15日 改訂

受付年月日 (年 月 日)

◆ 希望する対象の期および教室・講習(名称または企画名)をご記入ください。

期	①	②	③
---	---	---	---

フリガナ 氏名		性別	男・女
生年月日 (西暦)	年 月 日生	年齢	歳

- ★ 当該年度の教室等を初めて申込まれる方 ⇒ 以下の該当項目、**全てについてご記入**ください。
 ★ 当該年度の教室等を既に申込まれている方 ⇒ 以下の該当項目の内、**変更箇所のみご記入**ください。

㉑ 通常連絡先(参加可否や開催中止等の連絡用です。)

固定電話 (NTT等)		携帯電話	(続柄・氏名等:)
FAX			

㉒ 緊急連絡先(上記㉑以外の電話番号等。事故時等の連絡用です。)注:本人・同行者以外

緊急連絡先 ※必須	(続柄・氏名等:)
--------------	------------

㉓ 住所をご記入ください。

フリガナ	
住所	〒 -

㉔ 参加者が未成年者の場合等にご記入ください。

フリガナ	
保護者等氏名	(続柄:)

㉕ 身体障害者手帳/療育手帳/精神保健福祉手帳をお持ちの方は、こちらにご記入ください。

障がい名	(手帳記載のとおり全文、記載がない場合は診断名等) 車いす・杖・装具 ()
障がいの原因 となっている 傷病名等	(脳性麻痺、脳出血、二分脊髄、ダウン症、統合失調症など具体的に)
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(級)

㉖ 身体障害者手帳/療育手帳/精神保健福祉手帳をお持ちでない方

㉖-1 以下の書類等を提示可能な方は、こちらにご記入ください。

対象書類名	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 障害年金受給証明書又は通知書 <input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別支援学校の学生手帳 <input type="checkbox"/> 医師の診断書[高次脳機能障害、発達障害、障害者総合支援法対象疾病(難病等)に限る]
傷病概要 (傷病名等)	(上記書類等の傷病等に関する記載のとおり全文)

㉖-2 上記㉑および㉖-1に該当されない方は、右欄□に✓を入れてください。 ⇒ □ 一般

㉗ お申込にあたり、希望するサポートなどが必要な場合にご記入ください。

※本書にご記入いただいた個人情報、本事業以外の目的には使用いたしません。

【お申込み方法】

- 申込書にご記入の上、ご来館・FAX・郵送いずれかの方法で締切期日までにお申込み下さい。
〒761-8057 香川県高松市田村町1114番地
かがわ総合リハビリテーションセンター福祉センター(教室・講習)受付係
TEL 087-867-7686 FAX 087-867-0420
- 定員を超えた場合は、初めての方を優先とした上で、抽選とさせていただきます。

【参加されるみなさまへ】

- 各自の健康・安全については、十分にご注意ください。受講中の事故につきましては、応急処置のみとさせていただきます。
- スポーツ教室に参加される方については、別途、任意でスポーツ安全保険(有料、年度単位、全教室等に有効)にご加入いただけます。詳細については、福祉センターにお問い合わせください。