様式01

FAX 087－867－0420 かがわ総合リハビリテーションセンター

チャレンジスポーツ カヌー体験会 申込書

参加者			
ふりがな 氏　　名		性　　別 （自由記載）	男　・　女
生年月日 （西　暦）	年　　月　　日 生	年　　齢	歳
参加保護者　※小学校３年生以下は、保護者が水着を着て同伴をお願いします。			
ふりがな 氏　　名	（続柄：　　）	性　　別 （自由記載）	男　・　女
生年月日 （西　暦）	年　　月　　日 生	年　　齢	歳
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	―　　―		
緊急連絡先（**上記以外の電話番号等。**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:　　）		
住所をご記入ください。			
ふりがな 住　　所	〒　　―		
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。			
障害名	（手帳記載のとおりの全文、記載がない場合は診断名等）　車いす ・ 杖 ・ 装具（　　）		
障害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	☐ 身体障害者手帳（　種　級） ☐ 療育手帳（　） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（　級）		
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			
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	☐ 障害福祉サービス受給者証 ☐ 自立支援医療受給者証 ☐ 特別支援学校の学生手帳又は在籍証明 ☐ 医師の診断書［高次脳機能障害、発達障害、障害者総合支援法の対象疾病（難病等）に限る］ ☐ 障害年金受給証明書又は通知書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 特定医療費（指定難病）受給者証		
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の全文）		
お申込にあたり、希望するサポートなどが必要な場合はご記入ください。			

※本書にご記入いただいた個人情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。

対象者	・障害のある方とその家族・介助者 ※ 介助が必要な方は介助者をお願いする場合があります。 定員 20名
準備物	・水着、水泳帽、飲み物、着替え、タオル ※ 下肢に麻痺がある方は、濡れてもいいズボンやスパッツ、靴下、靴やサンダルをご準備ください。
備考	・小学3年生以下は、保護者が水着を着て同伴をお願いします。 ・下肢に障害のある方には、カヌーに詰め物などをして、体とカヌーを密着させて行います。 ・ライフジャケット浮遊体験は、希望者のみの参加になります。
感染防止対策	・福祉センターロビーとプール更衣室内のマスクの着用にご協力ください。