



# FAX 送信表 087-867-0420

『夏休み応援企画』みんなで腸活について学ぼう

ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日		年齢	歳
住所	〒		
①通常の連絡先(参加される保護者・同行者を含む)			
			氏名・続柄 ( )
②緊急の連絡先(同行者以外)			
			氏名・続柄 ( )
参加される保護者・同行者氏名			
			続柄( ) 続柄( ) 続柄( )
障害名	手帳記載のとおり全文、診断名等をご記入ください		車イス・杖 装具( )
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳( 級) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳( 種 級) <input type="checkbox"/> なし		
お申込にあたり、希望するサポートなどがある場合はご記入ください			

お願い

- 共用エリアでは、マスクの着用にご協力ください。
- 教室中は、激しい運動やプールでの運動以外ではマスクの着用にご協力ください。
- 風邪症状や発熱があった場合は、ご利用をお控えください。