

かがわ総合リハビリテーション福祉センター
スポーツ・文化教室/講習会 参加申込書

2024年 2月 1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 |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---------------|---|---------------|-------|
| よみがな | | 性 別 (自由記載) | 男 ・ 女 |
| 氏 名 | | | |
| 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。

① 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 | — | — |
| F A X | — | — | | (続柄: 氏名:) | |

② 緊急連絡先（上記①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:) |
|--------------|---|---|---|

③ 住所をご記入ください。

| | | | | | |
|-----|---|---|-----|---|---|
| 住 所 | 〒 | — | — | — | — |
| | | 県 | 市 郡 | 町 | |

④ 参加者が未成年者の場合等をご記入ください。

| | |
|--------|------------------------------|
| ふりがな | |
| 保護者等氏名 | (続柄:) |

⑤ 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 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) | |

⑥ 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

⑥-1 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"/> 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又は在籍証明 <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書〔高次脳機能障害、発達障害、障害者総合支援法の対象疾病（難病等）に限る〕 | (上記書類等の傷病等に関する記載のとおり全文) |
| 傷病概要 (傷病名等) | | |

⑥-2 上記⑤および⑥-1に該当されない方は、右欄□に✓を入れてください。

⇒ 一般

⑦ 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、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ください。
 〒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。