

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

様式01

2025年 4月 25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し込まれている方 ⇒ 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 (N T T 等)	— —	携帯電話	— —
F A X	— —		(続柄: 氏名:)

② 緊急連絡先（ <u>上記①以外の電話番号等</u> 。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にご記入ください。	
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	☐ 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)

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	☐ 障害福祉サービス受給者証 ☐ 障害年金受給証明書又は通知書 ☐ 自立支援医療受給者証 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 特別支援学校の学生手帳又は在籍証明 ☐ 特定医療費（指定難病）受給者証 ☐ 小児慢性特定疾病医療受給者証 ☐ 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〕
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)

⑥-2 上記⑥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は、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・F A X ・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。