

第39回香川県障害者水泳記録会 申込書 (個人用)

ふりがな		性別	生年月日	TEL	- -
氏名			S・H 年	FAX	- -
			月 日生 歳		
緊急連絡先	※上記以外の電話番号等。当日参加されない方に限る。 ※必須 - - (続柄・氏名：)				
住所	〒 -	写真撮影	手話通訳	所属	※無い方は記入不要
		可・不可	要・不要		

障害等(手帳以外の証明書をお持ちの方は、「その他」に☑の上、下記欄に証明書名をご記入ください)			
<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部
<input type="checkbox"/> 知的	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 一般
例：特定医療費受給者証、障害福祉サービス受給者証 など			

希望種目	第1希望	m	第2希望	m
	※『浮具使用』に出場する場合は、希望の距離を記入すること(5m~25m)			m
プール内移動方法	車椅子 ・ 杖 ・ その他 ()			
入退水介助	必要 ・ 不要			
備考	伝えておきたいこと、希望するサポート			

- 緊急連絡先は大会当日に参加者に何かあった際の連絡先です。当日参加されない方の連絡先とお名前を記入してください。
- 写真撮影「可」の場合、写真を新聞、広報誌、福祉センター等に掲載することがあります。都合の悪い方は、「不可」を☑してください。
- この大会で得た個人情報他目的には使用いたしません。

お問い合わせ先
 かがわ総合リハビリテーション福祉センター
 〒761-8057
 香川県高松市田村町1114番地
 TEL 087-867-7686/8:30~17:00受付
 FAX 087-867-0420/24時間受付
 担当：体育指導員 光吉、小宮路