

FAX 087-867-0420 かがわ総合リハビリテーションセンター

カヌー体験会 in みとよ 申込書

参加者			
ふりがな		性 別 (自由記載)	男 ・ 女
氏 名			
生年月日 (西 暦)	年 月 日 生	年 齢	歳
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:)
F A X	— —		
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 ☐ 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)		
一緒に参加する家族・介助者			
ふりがな		性 別 (自由記載)	男 ・ 女
氏 名	(続柄:)		
生年月日 (西 暦)	年 月 日 生	年 齢	歳
一緒に参加する家族・介助者			
ふりがな		性 別 (自由記載)	男 ・ 女
氏 名	(続柄:)		
生年月日 (西 暦)	年 月 日 生	年 齢	歳
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 ※ 介助が必要な方には、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	・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。	