FAX 087－867－0420 かがわ総合リハビリテーションセンター

プール感謝祭 申込書

福祉センター利用カードをお持ちの方で、登録時の住所・連絡先等に変更が無い場合、
氏名・通常連絡先の記入のみで構いません。

参加者			
ふりがな		性　別（自由記載）	男　・　女
氏　名	福祉センター利用カード番号（　　）		
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：　）
ＦＡＸ	―　―		
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	（手帳記載のとおりの全文、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 ☐ 自立支援医療受給者証 ☐ 特別支援学校の学生手帳又は在籍証明 ☐ 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] ☐ 障害年金受給証明書又は通知書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 特定医療費（指定難病）受給者証		
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の全文）		
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
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。

※ 小学校3年生以下の方は、必ず、保護者も水着・水泳帽を着用して、一緒にお入りください