**障害者バスケットボール教室申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別 |
| 氏名 |  | | | １．男　２．女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　日　　　　　歳  （平成３０年８月1日現在） | | | |
| 保護者名 |  | | | |
| 住所 | 〒　　　　－ | | | |
| 電話番号 | （　　　） | ＦＡＸ番号 | （　　　） | |
| 療育手帳 | １．有　（手帳を交付申請中を含む）  ２．無　（取得の対象に準ずる障害のある方） | | | |
| 所属施設（学校）名 | 電話番号　　　（　　　） | | | |
| 質問 | ＜重複障害＞  １．なし　　２．肢体　　３．視覚  ４．聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく言語障害  ５．ぼうこう又は直腸機能障害  ６．その他（　　　　　　　　　　　　）  ＜本人に対することで何か注意することがあればお書きください＞  〈バスケットボール経験〉  １．なし　　２．あり（チーム等に所属している方は所属先をお書きください）  　　　　　　　　［チーム名等：　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | |

《受付処理欄》

　受付日　平成　　年　　月　　日　　　　　区　支援課　受付者

　※受付後、障害政策課　ノーマライゼーション推進係までお願いします。