**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。