障害者ボッチャ教室申込書

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１２月１日現在）		
保護者名			
住　　所	〒　　－		
電話番号	（　　）	ＦＡＸ番号	（　　）
身体障害者手帳	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．知的　　３．精神 ４．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＞ 〈競技経験〉 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。