

障害者卓球教室申込書

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. 肢体（車椅子 有・無） 2. 聴覚（手話通訳を希望する・要約筆記を希望する） 3. その他（ ）				
療育手帳	1. 有（手帳の交付申請中を含む） 2. 無（取得の対象に準ずる障害のある方）				
精神障害者保健福祉手帳	1. 有（手帳の交付申請中を含む） 2. 無（取得の対象に準ずる障害のある方）				
所属施設名	電話番号 ()				
ラケット	1. 持参する 2. 持参しない				
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. 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> <卓球経験> 1. なし 2. あり				

《受付処理欄》

受付日 平成 年 月 日 区 支援課 担当者 _____

※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。