

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。