

## 障害者バレーボール教室申込書

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12月1日現在)				
保護者名				
住所	〒 ー			
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)			
精神障害者 保健福祉手帳	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. 知的 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>  <バレーボール経験> 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。