

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			
保護者名				
住所	〒 ー			
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. 視覚 4. 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（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 令和 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。