

第49回 大阪市障がい者スキー教室申込書

受講者として参加 介護者として参加

No.:

日付:11/

フリガナ お名前		性別 男・女	生年月日 S・H 年 月 日	年齢 歳
住所 <small>*介護者は、受講者と内容が別の場合、ご記入ください。</small>	〒 - (電話 -) (携帯 -) (FAX -) (緊急連絡先) 電話番号: - - お名前: (続柄:)			
E-mail アドレス	(視覚障がいのある方で、テキストデータによるデータ送付を希望される方はご記入ください)			
勤務先名 (学校・事業所)	(市内在住以外の方のみ記入してください) 〒 - (名称)			
障がいの種別	①肢体不自由 ③聴覚・言語障がい (種)	②視覚障がい ④内部障がい (級)	⑤知的障がい (A・B1・B2)	⑥精神障がい (級)
障がい名 および 原因疾患	(手帳記載通りに記入してください)			
希望コース	アルペンスキー ・ チェアスキー (モノ・バイ) ・ 雪山まんきつコース			
介護者	有 (名前: 講習中の関わり:) ・ 無			
教室開催の 情報について	この教室を何でお知りになりましたか？あてはまるもの全てに○を付けてください。 1. ポスター・チラシ(掲示場所:) 5. 友人・知人の誘い 2. 当センターのホームページ 6. 施設や学校の紹介 3. スポーツセンターだより 7. その他 4. センター職員の紹介 ()			
レンタル <small>*介護者も記入</small>	希望する ・ 希望しない (下の表に記入してください)			

レンタル希望者のみ記入

身長	アイテム	チェック	サイズ・本数	備考
cm	スキー板	要・不要	cm	
	ストック	要・不要		
靴のサイズ(普段)	スキーウェア	要・不要	S・M・L・O・XO	
	ヘルメット	要・不要		
	スキーブーツ	要・不要	cm	
	チェア	要・不要		モノ・バイ
cm	アウトリガー	要・不要		立位用・チェア用

※教室中に撮影した映像データを、当センターの報告書や広報等に使用することがあります。ご了承ください。
 ※記入された事項については、この事業以外の目的には使用しません。