平成29年度　障害者スポーツ交流館 スポーツ教室
受講申込書

教室名 （複数可）		当交流館主催教室について 初参加　・　２回目以上

ふりがな		性別	男　・　女	年齢	歳（学年　年）
受講者氏名					

付添者	なし ・ あり	（氏名　　） （氏名　　） （氏名　　）	※本人との関係 （　　） （　　） （　　）

現住所	〒（　　－　　） ＴＥＬ；　　（　　） ＦＡＸ；　　（　　）

障害について	障　害：　肢体・視覚・聴覚・内部・知的・精神		←重複の方は複数○をつけてください。
	程　度：　１・２・３・４・５・６　級		Ａ・Ｂ1・Ｂ2
	障害名：	車いす使用	する　・　しない

上記のとおりスポーツ教室の申込みをします。
※交流館のホームページ等に教室風景を載せる場合があります。左記ことをご承諾の上お申込みください。
（なお、18歳未満の方については、保護者名の記入・捺印をお願いします。）

保護者氏名　　㊞

◎下記のアンケートは、教室指導時の参考のためにおこないます。ご協力をお願いします。

【運動時の身体機能（移動）について】※あてはまるもの全てに○をつけてください。
１．一人で歩行ができる　　２．補助具（杖・装具等）を使用する　３．電動車いすを使用する
４．手動車いすを使用する（補助要・不要）　　５．その他（　　）

【コミュニケーションについて】※あてはまるもの全てに○をつけてください。
１．通常の会話ができる　　２．簡単な単語での会話ができる　３．文字で理解できる
４．絵や写真で理解できる　５．ジェスチャーで理解できる
その他、コミュニケーションについて伝えておきたいことがあればお書きください。

【教室を受講される目的、目標を記入してください。】
例・・・体力の維持向上、余暇活動の充実等

【その他、指導員に伝えておきたいことがありましたら、お書きください。】
例・・・身体動作に制限がある、持病がある、環境の変化が苦手等

※ご記入いただいた個人情報は、本スポーツ事業における関係業務に使用し、その他の目的で使用することはありません。

●教室中のケガについては、応急処置のみとし、事故の補償については負いかねます。
そのため教室受講者は、スポーツ傷害保険等に加入することをお薦めします。

職員記入欄	※受付日　Ｈ　　年　　月　　日	受付番号
	※受付者氏名（　　）	