

スポーツ相談 申込書

スポーツ指導員に相談をご希望の方は、以下の必要事項を記入し、お申込みください。

氏名			年齢	歳	性別	男	女
現住所	例) 大阪市〇〇区、大阪府〇〇市、兵庫県など						
障がい種別	身体障がい	肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚/言語 ・ 内部			種	級	
	知的障がい	A ・ B1 ・ B2		精神障がい	級		
障がいの内容							
相談者が本人でない場合	氏名			本人との関係	家族 ・ ヘルパー		
連絡先 (日中連絡がつくもの)	電話			FAX			

相談希望日	第1希望日時		第2希望日時	
-------	--------	--	--------	--

分かる範囲で構いませんので、以下の問いにお答えください。

スポーツ指導員に相談したいことは何ですか？

日頃、身体を動かす活動はされていますか？また、その頻度はどれくらいですか？

医師などから、運動を行う上で、気を付けることは聞いていますか？（身体の動きでおこなって良いことや、いけないことなど）

☆受付できない相談内容について☆

- 医療行為や、障がいの診断・判定
- その他、スポーツ相談として適切でないと判断した内容

☆個人情報の取り扱いについて☆

個人情報については、スポーツ相談以外の目的では使用いたしません。
相談の内容によっては、ご本人の同意の上、関係機関へ情報提供を行います。

担当者記入欄					
受付日	月	日	受付者		相談日時