

**重度身体障がい者のミュージック・ケア②教室**

\*記入漏れのないようにお願いします。

ふりがな			
氏名			年齢 歳
現住所 (連絡先)	〒 ー		
	TEL ( ) ー	FAX ( ) ー	
障がい について	身体障がい 肢体 ( 種 級)		
	障がい名		
	重複する障がいがある場合は、「○」をつけてください。 視覚障がい ( 種 級) 聴覚障がい ( 種 級) 知的障がい (A・B1・B2) 精神障がい (1級・2級・3級)		
教室を受講することを承認します。		保護者氏名	印

以下の項目に必ずお答えください。(受講可否には関係しません)

1. 日常の移動手段は何ですか? ( 歩行 ・ 車いす ・ 電動車いす )
2. 基本動作は何ができますか?(立てる 歩くなどかける範囲でご記入ください) ( )
3. コミュニケーションはどのようにとりますか? ( 口話 ・ 手話 ・ 筆談 ・ 目くばせ ・ その他 )
4. その他、伝えておきたいことがありましたらお書きください。 ( )

\*「申込書」に記載の個人情報ならびに主催者が作成した写真や映像等は、個人情報保護関係法令を遵守し、参加関係事務および当センターホームページ、情報誌等の掲載のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

受付日: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 受付者: \_\_\_\_\_