大阪市舞洲障がい者スポーツセンター　２０２１年度　スポーツ教室

重度身体障がい者のミュージック・ケア教室①

（18歳未満の方対象）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊記入漏れのないようにお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年　齢 | 　　　　　歳 |
| 氏　　名 |  |
| 現住所（連絡先） | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| TEL　　（　　　　　）　　　　　－FAX　　（　　　　　）　　　　　－ |
| 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：