

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			
氏名			年齢 歳
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: _____