http://w1.avis.ne.jp/~sunsaku/clip_image0021.jpg

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加希望日、全てに〇印をつけてください。（１回のみも可能です。）**  **初回参加希望日の３日前までに申込用紙を提出してください。**  ※希望者多数の場合は新規の方を優先させていただきます。 | | | | | | | | | |
| **４／２７**  **（上田会場）** | | **５／１２**  **（佐久会場）** | **６／１５**  **（上田会場）** | | **７／７**  **（佐久会場）** | | **８／２４**  **（上田会場）** | | **９／１４**  **（佐久会場）** |
| フリガナ |  | | | | | | 年　齢 | | 性　別 |
| 氏　名 |  | | | | | | 歳 | |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | |
| 保 護 者 | ※１８歳未満の方は、保護者の記名捺印をお願いします。  上記の者の参加を承諾します。　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　　　－ | | | | | | | | |
| ＴＥＬ・携帯 | ※連絡が取りやすい番号をご記入ください。 | | | | | メール  アドレス |  | | |
| 障がい名 | ※障害者手帳記載事項は必ず記入してください。  車椅子の使用【　する　・　しない】 | | | | | | | 種　　　　級  Ａ１　・　Ａ２  Ｂ１　・　Ｂ２ | |
| 心身の  状況に  ついて | １．（医師等からの）運動制限をうけていますか？　　　【　ある　・　ない　】  ２．現在、服薬はありますか？　　　　　　　　　　　 【　ある　・　ない　】  ※心身の状況について、特記する事項があれば記入してください。  【例：可動域の制限・禁止されている動き・重複した障がいなど】 | | | | | | | | |
| 家族  介助者等 | 家族・介助者等(障がいのない方)の参加  【　する　・　しない　】 | | | 参加予定人数  　　　　　　名 | | | 代表者氏名 | | |
|  | **別紙「サンスポート佐久 スポーツ事業 誓約書」の項目を確認・同意します。**  **※左の枠内に〇印をつけてください。** | | | | | | | | |
| 備　考 | ※「障害者手帳」とは、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳をさします。  ※郵送、ＦＡＸ、メールで申込みをされた方は、必ず「サンスポート佐久」まで到着の確認をしてください。  ※本個人情報は、教室運営のために記載していただくものであり、それ以外の目的には使用しません。 | | | | | | | | |

※職員記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 年　 　　月　 　　日 | 対応職員 |  |
| 備考　【　健康チェック票　・　確認事項　】 | | | |