

|  |
| --- |
| **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　・　Ａ２Ｂ１　・　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　】 |