

《参加申込書》

令和2年度仙台市障害者健康指導教室

～色の効果で健康に！パステルアートを楽しもう～

〔申込日：令和2年 月 日〕

| | | | |
|---------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | 【 年 月 日生 (歳)】 | | |
| 住所 | 〒 ー 区 | | |
| 参加日 | 令和2年12月18日(金) 10:00～11:30 | | |
| 連絡 | TEL | ー | ー |
| | 携帯 | ー | ー |
| | FAX | ー | ー |
| | E-mail | @ | |
| 車椅子 | <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動] <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 情報保障 | 手話通訳 | <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 |
| | 要約筆記 | <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 |
| | 点字資料 | <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 |
| | (その他 |) | |
| 介添人 | <input type="checkbox"/> 有 [氏名： TEL： ー] <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 緊急時の連絡先 | <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | [連絡先名： TEL： ー ー] | | |
| | ※連絡先が勤務先の場合 (勤務先名：) | | |
| 特記事項 | | | |

※参加申込みに記載された個人情報は、本教室に関する目的（参加者への連絡、講師への連絡、ボランティア行事保険、次回以降の本教室に関する案内）にのみ使用させていただきます。