

椅子に座ってできる健康体操

～弱った筋力を鍛えよう！～

《参加申込書》

[申込日：令和3年 月 日]

フリガナ	
氏名	[年 月 日生 (歳)]
住所	〒 区
参加日	令和3年9月27日(月) 13:30~15:00
連絡	TEL - - 携帯 - - FAX - - 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: -] <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: - -] ※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。