

夏休み親子創作教室 参加申込書

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	年 月 日	_____ 歳
保護者名 (同伴者名)		
住 所	〒	
連絡先	TEL : FAX :	
障 害 名	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A B <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
手話通訳	必要 ・ 不要	
備 考		

※ご記入いただいた個人情報は、教室の目的以外では使用致しません。
また、教室中に撮影した写真は広報等に使用させて頂く場合がございます。
あらかじめご了承下さい。

【お申込み・お問い合わせ】

新潟県障害者交流センター 担当：渡辺
〒950-0121 新潟市江南区亀田向陽1-9-1
TEL:025-381-8110 FAX:025-381-1478

