

平成29年度 こけだま作り教室 参加申込書

ふりがな 氏 名				男 ・ 女
生年月日	T・S・H	年	月	日 (歳)
住 所	〒			
	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 ()			
	(利用証番号：)			
手話通訳は必要ですか？		はい	いいえ	
備考				

※ ご記入頂いた個人情報は、本目的以外では使用致しません。
 教室の様子を記録（撮影）させていただくことがございます。広報等に使用する
 場合がございますので、あらかじめご了承ください。