

## 「水中運動教室」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： )				
参加希望	※ 参加希望日の ( ) に○を書き入れてください。 ( ) 6月9日(金) ( ) 6月23日(金) ( ) 7月7日(金) ( ) 7月21日(金)				
備考	※教室に参加にあたってのご要望や注意点等、ございましたらお書きください。				

※ 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ありますのであらかじめご了承ください。