「車いすダンス教室～障がい者社交ダンス教室～」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	□身体障害者手帳　　種　　級 □療育手帳　　A　　B □精神障害者保健福祉手帳 □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。 （　　）　9月16日(日)　　（　　）　10月6日(日) （　　）　10月20日(土)　　（　　）　11月3日(土祝)
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。

新潟県障害者交流センター