

「水中運動教室～in Autumn～」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。 （ ） 9月14日(金) （ ） 9月21日(金) （ ） 9月28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。