

## 基本のメイクレッスン 申込書

氏 名	フリガナ		
		男 ・ 女	
日 程	※参加希望日 <u>どちらか</u> にチェック☑をつけてください <input type="checkbox"/> 12月2日(日) <input type="checkbox"/> 12月9日(日)		
住 所	〒  TEL:    FAX:		
生 年 月 日	年	月	日                      歳
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    級 <input type="checkbox"/> その他 (    )		
緊急連絡先	氏名 _____ TEL: _____		
手 話 通 訳	必要 ・ 不要	介 助 者	同 伴 ・ な し
備 考			

※ご記入いただいた個人情報 は 目的外での使用は致しません。  
 また、教室中に撮影した写真は、広報等に使用することがございます。  
 あらかじめご了承ください。

### 注意事項！

使用する化粧品をご持参ください。  
 用意できない場合は担当者へご相談下さい。

### 【お申込みお問い合わせ】

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