

切り絵教室 参加申込書

申込日	月 日	
フリガナ		
氏名		
生年月日	年 月 日	
住所	〒	
連絡先	TEL:	
緊急連絡先	TEL: 続柄()	
障害の有無	・有 障害種()	・無
好きな模様・キャラクター	※題材を選ぶ際、参考にさせていただきます。	
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場合がございます。あらかじめご了承ください。

【お問い合わせ】

新潟県障害者交流センター

TEL 025-381-8110

FAX 025-381-1478

担当:小柳・伊