バスケットボール教室申込用紙

利用証No.			
フリガナ		性別	男　　女
氏名		生年月日	年　月　日
住所			
連絡先	TEL	FAX	
障害名	□身体障害者手帳　　級 □療育手帳　A　B □精神障害者保健福祉手帳　　級 □その他　（　　）		
介助者	不要　　要	付き添い	無　有　（付き添い者氏名：　　）
緊急連絡先 （付き添い有りの場合は不要）	氏名	TEL	
ご要望や不安なことがある場合にご記入ください			

※ ご記入頂いた個人情報は目的以外には使用致しません。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。広報に使用する場合がありますのであらかじめご了承下さい。

〇お問い合わせ
新潟県障害者交流センター
〒950-0121　新潟市江南区亀田向陽1-9-1
TEL：025-381-8110　FAX：025-381-1478
担当:横野