

No.

# アロマの香り 申込書

フリガナ			男 ・ 女
氏 名			
利用証番号	※利用証をお持ちの方は記入してください。		
手話通訳	必要 ・ 不要	介助者	同伴 ・ 無
備 考			

※利用証をお持ちの方は、以下の記入の必要はありません。

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 級 <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		続柄( )
	TEL:		

※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。

【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

|