

「からだをつかってあ・そ・ぼ」参加申込書

ふりがな 氏 名	男 ・ 女
ニックネーム	
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
住 所	〒 TEL FAX
在籍学校名	
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：)
備考	

※ 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。
 教室の様子を撮影させていただきます。広報等に使用する場合がございますので、
 あらかじめご了承ください。