

スポーツ教室 参加申込書 【脳血管障害者の運動教室】

脳血管障害者の理解を深め、日常生活に役立つケアの方法や運動プログラムを実施します。
障害特性に効果的な運動方法を実践し、日々の運動習慣と健康づくり、仲間づくりにもつなげていきます。

【教室開催日時】	場所	定員	申込締切	受付 ☒
9月20日・27日 10月4日・11日・18日（日） 全5回 10:30～12:00	体育館	12組	8月30日	

●参加者情報 ※お申込の方は以下の太枠内をご記入ください

フリガナ			利用証有無	利用証番号
氏名			有 ・ 無	-
				年齢 歳
住所	【〒 - 】		※未成年者の方は保護者の同意の上署名記入	
			保護者署名:	
連絡先		TEL:	FAX:	
メールアドレス				
障害について	【障害名】		障害等級	種 級 度
			車いすの使用	有 ・ 無
質問事項		当てはまる方を○で囲む	※ありの方のみ詳細事項のご記入お願い致します	
1, 医師からの運動制限や留意点、薬の服用等		あり ・ なし		
2, 障害者手帳に記載されている以外の病気など		あり ・ なし		
3, 本教室への参加経験		あり ・ なし		
4, 日常生活やスポーツ場面で難しい動き・動作。また、本教室で知りたいこと・教えてほしいこと		※自由記述		

<注意事項>

※お預かりした個人情報は、本教室運営に必要な目的以外には使用いたしません。

※当日は主催による撮影をいたします。撮影した写真等はウェブサイトや広報物等に使用する場合がござい
ます。撮影に同意していただける方は、別紙「写真・映像等のウェブサイトやパンフレット等への掲載同意書」に
署名し、参加当日にご持参ください。

※参加決定の可否については、開催14日前程度に送付する封書をご確認ください。