お花の体験会　申込書

※郵送・FAXでお申込みの場合は、申込先まで確認の連絡をお願いします。

利用者番号	（　　）

京都市障害者教養文化・体育会館　館長	［申込日］　　年　　月　　日
申込者の氏名(ふりがな)	申込者の住所　〒（　　）ー（　　） 電話（　　）　　－ FAX（　　）　　－

年　齢	歳	性　別	男　・　女

障害の有無	あり　・　なし	身　体	級
障害名	※　手帳の記載どおりにご記入ください。	療　育	A ・ B
		福　祉	級

疾病、怪我、発作などがあればご記入ください。

特記事項があればご記入ください。

※　備考欄（体育会館記入）	受付者

*上記の個人情報は、当該目的以外には使用しません。