

ボランティアスキルアップ研修会 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。

* 体育会館ボランティア登録番号 ()

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 〒()-()	
		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。