

卓球サポートタイム1 申込書

(郵送・FAXでのお申込みの場合は、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	
障害名	※ 手帳の記載どおりにご記入ください。		身 体	級
			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。 (手帳をお持ちの人は、手帳に記載されている障害は記入しなくても結構です。)				
特記事項があればご記入ください。				
※ 備考欄 (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。