パラステニス体験会 参加申込書

※必要事項をご記入ください。必要に応じて該当する選択肢には○をしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名 |  |
| 生年月日 | （昭和、平成） 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 現 住 所 | 〒 |
| TEL | E-mail |
| 障がい区分 | あり（以下、障がい概要についてご記載願います） なし |
| 障害名（手帳記載内容） |  |
| 運動機能障害 | 部 位 | なし・あり→ |
| 種 類 | 麻痺 切断 拘縮 その他（ ） |
| 褥そう | なし・あり→部位：保護： している していない  |
| 筋 力バランス | 自立歩行（ 可 不可 ） 立位保持（ 可 不可 ）座位保持（ 可 不可 ） 全介助 |
| 補装具 | なし・あり→ありの場合は以下から選択してください車いす≪常用（ 手動 ・ 電動 ） 必要に応じて使用（ 手動 ・ 電動 ） クラッチ 義肢 義足 その他（ ） ≫ |
| 視覚障害 | なし・あり→全盲 光覚のみ 弱視 斜視 その他（ ）視力（右： 左： ） 視野（右： 左： ） |
| 聴覚障害 | なし・あり→全聾 難聴 ／ 会話方法（ 手話 口読 筆談 補聴器 ） |
| 身体データ | 身長： cm、 体重： kg |
| 引率者氏名 |  |
|  |
|  |
| 備考【要望事項、障がい及び指導上の留意事項、連絡事項など】 |

※イベント詳細や記入方法等につきましてはお問合せください（電話019-637-5055）

※申込締切：令和４年10月７日（金）