

かがわ Twinkle star プロジェクト 申込用紙

フリガナ				性別			
氏名				男性 ・ 女性			
希望時間	希望する時間に○をつけてください！ 午前の部 ・ 午後の部 ・ どちらでもよい						
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	保護者名 (自署)	※申込者が未成年の場合、ご記入ください。
住所	〒 _____ ※ご記入いただいた住所に関係資料等を送付します。						
所属先	学校名、勤務先名、施設名						
	所在地						
電話番号	①本人連絡先（未成年の場合は保護者）			②緊急連絡先（本人以外）			
介助者 付き添い (2名まで)	お名前			お名前			
	<input type="checkbox"/> プログラム中のサポート <input type="checkbox"/> 往復の付き添いのみ			<input type="checkbox"/> プログラム中のサポート <input type="checkbox"/> 往復の付き添いのみ			

障害者手帳	交付手帳（ 第 号 第 種 級 都道府県市区）	障害名（手帳記載のとおり記入）
	障害の原因（脳性麻痺、脳腫出血、二分脊椎等具体的に）	
日常お使いの補装具	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 上肢装具 <input type="checkbox"/> 下肢装具 <input type="checkbox"/> 体幹装具 <input type="checkbox"/> 義手・義足 <input type="checkbox"/> その他（                    ） <input type="checkbox"/> なし	
受障前競技経験	※例：〇〇年インターハイ出場	
受障後競技経験	※例：〇〇年全国障害者スポーツ大会出場	
確認事項	現在医師の治療を受けて（いる・いない）（経過観察等を含む） または、体調に不安が（ある・ない） ●上記の項目で、治療を受けている、または体調に不安があるに○をした方 参加について医師から了承を（得ている・得ていない） ※原則として、治療中・体調に不安がある方は、医師と相談の上申込みください。	

●お申込みにあたって

- ・未成年者の場合は保護者の同意が必要です。また、参加は無料ですが、会場までの交通費、個人で使用する運動しやすい服装やシューズなど、各自の用具・消耗品等は参加者負担になります。
- ・プログラムにおいて、けがをした場合は、応急処置をいたします。参加者全員に対して、事務局で傷害保険に加入いたします。（補償は保険の範囲内）
- ・健康上、運動可能な方のみお申込みください。
- ・ご記入いただきました個人情報事務局で厳重に管理し、本プロジェクトのみに利用させていただきます。ただし、記入いただいた情報を氏名を伏せた上で協力団体へ周知する場合がありますので、その旨ご了承ください。