

お花見 ウォーキングイベント 申込用紙

申込年月日	年 月 日									
参加者氏名	ふりがな						利用者カード番号(お持ちの方)			
性別	男 ・ 女		生年月日	西暦	年	月	日	(歳)		
介護者の有無	無 ・ 有 (人数 名)		介護者氏名(代表者)				ふりがな			
ご住所	〒									
連絡先(ご本人)	TEL () ※連絡がつきやすい番号をお願いします。									
当日の緊急連絡先 (ご本人以外)	TEL ()									
障害名										
障害者手帳の有無	知的(B2 B1 A2 A1) 精神(級) 身体(級) 手帳がなく以下の証明書がある方は○をつけてください (受給者証・リハセンター又は療育センター利用証明書・特別支援教育在籍証明書)									
普段の歩行移動状況	独歩・車いす等使用(種類) 杖等の使用: あり ・ なし 普段の歩行時間と距離: 1 日 分程度 距離または歩数わかる範囲で: 約 M・約 歩									
当日の参加状況確認	ストックの貸出希望: あり・なし ノルディックウォークタイプ希望・ポールタイプ希望 (数に限りがあるためご希望に添えない場合があります)									
合併症	てんかん: 無 ・ 有 (発作頻度: 直近の発作時期:) その他の合併症 ()									
運動をするうえでの 留意点・禁忌	無 ・ 有 (内容:)									
撮影について	記録・広報用に写真撮影をさせていただくことがあります。承諾いただけますか 承諾する(顔出し可・後ろ姿のみ可) / 承諾しない									

*この個人情報は、当センター事業の目的以外で使用することはありません。

★私は、体調の自己管理に十分配慮し、「お花見ウォーキングイベント」に参加します。

署名 _____