

# 令和 8 年度 フライングディスク広場 登録書

申込年月日	年 月 日		
参加する時間	① 13:10~13:50      ② 14:10~14:50 ※参加する時間に○をつけて下さい。1年間通して申し込みした時間帯での参加となります		
参加者氏名	ふりがな	利用者カード番号	
介護人①氏名	ふりがな	利用者カード番号	
介護人②氏名	ふりがな	利用者カード番号	
性別	男 ・ 女	生年月日	(西暦) 年 月 日 ( 歳)
連絡先	TEL ( ) ※連絡がしやすい番号をお願いします。		
障害名			
障害者手帳の有無	知的 ( B2 B1 A2 A1 )      精神 ( 級 )      肢体 ( 級 )      手帳なし 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)		
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・広報用に写真やビデオ撮影をさせていただくことがあります。ご了承いただけますか? はい ・ いいえ		

\*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。

\*本プログラムは、施設やサークルなど団体での参加は出来かねますのでご了承ください。

★私は、体調の自己管理に十分配慮し、「フライングディスク広場」に参加します。

署名 \_\_\_\_\_