送付先　熊本県障がい者支援課　FAX：０９６－３８３－１７３９

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　　　別 |
| 氏　名 |  | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 大正昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日平成　　 | 年　　　齢 |
| 【　　　　　】歳(令和3年12月19日現在) |
| 住　所 | 〒　　　　　　　 |
| TEL |  | FAX |  |
| 所属・（学　年） | 所属【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　（　　　　年） |
| 障がいの有無(〇をつけてください) | 有　（ 　肢体　 　視覚　　 聴覚・平衡、音声、言語 　　知的　 　内部　 　精神）無 |
| 参加時の配慮事項 |  |
| 家族や知人等のグループで体験・見学を希望される場合は、下記に希望者をお書き下さい。 |
| ※〇をつけてください体験希望見学希望介助者 | フリガナ | 年齢 |
| 氏　名 | TEL |
| 住　所　〒 |
| ※〇をつけてください体験希望見学希望介助者 | フリガナ | 年齢 |
| 氏　名 | TEL |
| 住　所　〒 |
| ※〇をつけてください体験希望見学希望介助者 | フリガナ | 年齢 |
| 氏　名 | TEL |
| 住　所　〒 |

パラ体験会申込書　【 競技体験　・　見学 ※○をつけてください】