

## 自立生活プログラム参加申込書

ふりがな	ねんれい 年齢	さい 歳	せい べつ 性別	おとこ 男	おんな 女	た その他
な まえ 名前			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
じゅうしょ 住所 〒						
でんわばんごう 電話番号 (日中に繋がりやすい番号)	-		-			
メールアドレス						
ふあつくす FAX	-		-			
しょぞく 所属	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 団体名 ( )				
しょうがいめい 障害名を教えてください。	( )					
げんごしょうがい 言語障害はありますか?	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない			
しょうがいしやてちょう 障害者手帳は持っていますか?	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない			
かこ 過去に自立生活プログラムを受けたことはありますか?	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない			
ひつよう 必要な配慮について教えてください。						
<input type="checkbox"/> ルビふり資料	<input type="checkbox"/> 点字資料	<input type="checkbox"/> 手話通訳	<input type="checkbox"/> 文字通訳			
<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
こうざちゅう 講座中に気をつけてほしいことがあれば書いてください。	[ ]					
げんざい 現在、介助者を使っていますか?	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
いままで いままで Zoomを使ったことはありますか?	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない			
わからぬこと わからないことや、事前に伝えたいことがあれば書いてください	[ ]					

と あ もうしこみさき  
[お問い合わせ・申込先]

じりつせいかつ きたみ たんとう わたなべ  
◎自立生活センター北見 (担当：渡辺)

でんわ ふあつくす  
◎電話・FAX：0157-36-8755

めーる  
◎メール：cil\_kitami\_t@yahoo.co.jp