

(フリガナ)		年	齡	性	別
氏名				男・女	
連絡先住所	〒				
電話番号	() -	FAX	() -		
携帯番号	() -	E-mail			
所属					
障害名					
補装具	※該当するものに○をつけてください。 1. 手動車椅子 2. 電動車いす 3. 松葉杖 4. なし 5. その他()				
講座受講歴	以前に自立生活プログラムを受講したことがありますか？ 1. はい 2. いいえ ※はいの方 いつ? 年 月頃 どこで? 主催団体名 _____				
	自立生活プログラム以外で何か受講したことはありますか？ 1. はい 2. いいえ ※はいの方 いつ? 年 月頃 どこで? 主催団体名 _____				
テキスト	どれからお選びください。 1. データ 2. 紙媒体 3. 点字				
気を付けてほしいこと	講座中、何か気を付けてほしいことはありますか?(障害・身体的なことなど)				
備考					

お申し込みは、電話かFAX、Eメール、郵送でお願いします。

〒435-0055 浜松市中区十軒町58

tel 053-525-8731 fax 053-525-7681 E-mail : cilconnect2016@gmail.com

自立生活センターこねくと 担当:萩田 連絡070-1640-3617