

公益財団法人岩手県福祉基金助成事業
2026.自立生活プログラム講座申込書

氏名（ふりがな）年齢性別 男・女・無回答

住 所 〒

TEL：※電話連絡可能な時間：～：

メールアドレス：

＊障害について

・ 障害名：

・ 車椅子使用（ ☐ 電動 ☐ 手動 ） ・ 杖 ☐ つかっている ☐ つかっていない

・ 盲導犬 ☐ つかっている ☐ つかっていない

・ 言語配慮 ☐ 必要（どんな配慮が必要？） ☐ 必要ない

・ 呼吸器 ☐ つかっている ☐ つかっていない

・ その他(気をつけてほしいこと)

＊介助について

☐ ついてくれる介助者がいる ☐ 介助は必要ない

＊所属団体・職業等あればお書きください

＊以前、自立生活プログラムの講座を受けたことがありますか。

①ある→いつ（ ）どこで（ ）

②ない

＊この講座への応募動機や、期待することをご記入ください。

また、その他ありましたらお書きください。

[]

＊11/17（火）

本人分 12:30-14:00 食事交流会（参加費無料）に、参加 ☐する ☐しない

介助者分 12:30-14:00 食事交流会（参加費無料）に、参加 ☐する ☐しない

F A X 送信先：0 1 9－6 8 1－0 8 2 0

E-mail：cil_morioka@tmt.ne.jp

C I L もりおか