

第 39 回静岡県身体障害者交通安全教室

参加申込書

団体名	身体障害者福祉(協)会		代表者 氏名	
代表者 住所	〒 -			
電話	-	-	FAX	-
携帯	-	-		

■参加者名簿 西部ブロックの参加者については相談員研修会（同日午前開催）の参加者とみなします。
（参加者 名）

	氏 名	障害区分※	配慮事項（該当するものに○をつけて下さい）
1			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
2			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
3			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
4			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
5			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
6			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
7			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
8			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
9			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
10			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
11			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()
12			車いす・点字・拡大版・手話・要約筆記・その他()

※障害区分は、肢体・内部・聴覚・視覚 等、ご記入ください。

※参加者が 12 名以上の場合は用紙をコピーしてお使いください。