

「個人戦」申込用紙

申込年月日	2025年	月	日
-------	-------	---	---

参加者情報	
氏 名	ふりがな
ラポール 利用者番号	利用者カードをお持ちの方はご記入ください
性 別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)
連絡先	
住 所	〒
障害名	(聴覚障害の方…手話通訳: 必要 ・ 不要)
障害者手帳の有無	知的(B2 B1 A2 A1) 精神(級) 身体(級) 手帳なし 手帳がなく以下の証明書がある方は○をつけてください (受給者証・リハセンター又は療育センター利用証明書・特別支援教育在籍証明書)
合併症	①てんかん: 無 ・ 有 (発作頻度: 直近の発作時期:) ②その他の合併症 ()
運動をするうえでの 留意点・禁忌	無 ・ 有(内容:)

*この個人情報は、当センター事業の目的以外で使用することはありません。