

下関市障害者スポーツセンター使用許可申請書（個人使用）

年 月 日

社会福祉法人 下関市社会福祉協議会 会長 殿

下関市障害者スポーツセンターの個人使用の許可を受けたいので、次のとおり申請します。

		許可年月日	年 月 日
		申請番号	
フリガナ		性別	生年月日（年齢）
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
住所	〒 -		
電話番号	（ ） -		
緊急連絡先	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号 (FAX)	（ ） -	
申請者区分	1. 身体障害者（視覚・聴覚・言語・上肢・下肢・体幹・内部） 2. 知的障害者 3. 精神障害者 4. 戦傷病者 5. 1～4までと同等の障害者 6. その他（ ）		
手帳	身体障害者手帳	障害等級	級 手帳番号 山口県 第 号
	療育手帳	A B	手帳番号 山口県 第 号
	精神障害者保健福祉手帳	級	第 号
	戦傷病者		第 号
《 備 考 》			

- (注) 1. 太線の枠内を記入してください。
 2. 該当する項目に○印をつけて下さい。
 3. 有効期限は申請日の属する年度の3月31日までとします。
 4. 上記内容に変更が生じたときには、変更した内容について受付に届けてください。

以下については、差し障りがなければご記入ください。

健康状態	1. 現在、次のような疾患や症状はありますか？	はい ・ いいえ
	※ 「はい」の場合は、該当するものに○をつけてください 心筋梗塞 狭心症 他心疾患 ぜんそく 他呼吸疾患 腎臓疾患 脳出血 脳梗塞 高血圧 不整脈 てんかん 精神疾患 糖尿病 その他	
	2. 上記1で「はい」とお答えの方へ	
	① 運動をするうえでの注意点・禁忌事項はありますか？	なし ・ あり
	② 上記①で「あり」の方は、どのような内容ですか？	
	③ かかりつけの医療機関名	
TEL () -		