

家庭でできるヘアカット体験会 申込書

京都市障害者教養文化・体育会館 館長		[申し込み日] 年 月 日	
会館の利用証をお持ちの方は、★印の箇所をご記入ください。 利用証をお持ちでない方は、全てご記入ください。		★利用者番号	()
★申込者の氏名(ふりがな)		申込者の住所 〒()-() ★電話 () - ★FAX () -	
年齢	歳	性別	男 ・ 女
教室名	ヘアカット研修会 9/21 開催分		
コースの 選 択	どちらかに○をつけてください。 ※継続受講の方はステップアップになります。 <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;"> 基礎 ・ ステップアップ </div>		
障害の有無	あり ・ なし	身 体	級
障害名		療 育	A ・ B
		福 祉	級
※ 手帳の記載どおりにご記入ください。 ★障害、疾病、怪我、発作などがあればご記入ください。 (手帳をお持ちの方は、手帳に記載されている障害は記入しなくても結構です。)			
★特記事項があればご記入ください。			
※ 備考欄 (会館記入)			受付者

*上記の個人情報は、当該目的以外には使用しません。