

家庭でできるヘアカット研修会 申込書

		利用者番号	()	
京都市障害者教養文化・体育会館 館長		[申込日] 年 月 日		
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	
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。 (12/14) 開催分 基礎 ・ ステップアップ			
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。