

「2018 友愛の集い」参加申込書

本人・付添人様用

(個人情報、傷害保険加入の際に使用し、参加者のみに必要事項を公開しますが他の目的には使用いたしません。)

ふりがな	(氏)	(名)	性別
ご本人氏名			男・女
生年月日	年	月	日 (満 歳)
障害種別			車椅子の利用
等級	級	種	有・無
必要なものに○をつけてください 手話・要約筆記・点字資料・拡大版資料			
ふりがな			
住所	〒 群馬 都 (県) 市・郡		
連絡先	電話・FAX・携帯・メール		
集合場所	該当するものに○をつけてください ①群馬県社会福祉総合センター 正面玄関前 ②センター職員駐車場		
自己PR	プログラムに掲載しますので、40字程度にまとめてください。		
備考	食物アレルギー(有・無 種類)		

(付添のある方は記入してください)

ふりがな			性別
付添人氏名			男・女
生年月日	年	月	日 (満 歳)
参加者との続柄	()		
ふりがな			
住所	〒 都・県 市・郡		
連絡先	電話・FAX・携帯・メール		
備考	食物アレルギー(有・無 種類)		