

## 岐阜県福祉友愛プール 西濃圏域無料バスツアー申込書

ふりがな				性別	男 ・ 女	
氏名				年齢	歳	
生年月日	昭和・平成 年 月 日					
介助者 氏名	※複数人の場合は、全員の氏名・年齢を記入ください。			年齢	合計 名	
現住所	〒 ー					
TEL	( ) ー		FAX	( ) ー		
当日 緊急連絡先	( ) ー		続柄 ( )			
障がい 種別	身体 ・ 知的 ・ 精神					
	身体	(手帳の記載のまま記入してください)			等級	級
	知的				等級	
	精神				等級	級
車いす	あり ・ なし					
乗降 場所	行き	池田町保健センター ・ 西濃総合庁舎 ・ 輪之内町役場				
	帰り	池田町保健センター ・ 西濃総合庁舎 ・ 輪之内町役場				
備考	(配慮する点があれば記入ください)					