申　込　書

（　　）宿泊療育キャンプ
（　　）日帰り療育キャンプ（ 1日目のみ ・ 2日目のみ ・2日とも）
（　　）①6／30　ホテルビッフェとNHKスタジオパーク
（　　）②8／25　ホテルビッフェ相田みつを美術館

フリガナ 参加者		男 ・ 女	学校又は利用施設名 学年　　歳
住　所	〒 ☎		
病　名	手帳　　種　　級		
身　長	cm	体　重	Kg
該当するものに○をつけてください			
座　位	1人で可　支えあり可　否	立　位	可　やっと可　否
言　語	話す　単文　片言　無	排　泄	オムツ　トイレ介助　自立　導尿
食　事	・普　通　食　(食べられる・食べられない) ・自分で食事　(できる・部分介助・全介助)		・アレルギー　有　・　無 〔　　〕
移　動	・車いす　・電動車いす　・手動電動どちらでも可　・クラッチ　・歩　行		

キャンプ 参加者記入	家庭での入浴介助　母親　父親　その他　デイサービス			
	7/13(土) 10:00予定のキャンプ打合せに参加　できる　・　できない			
親子の旅 参加者記入	付き添い氏名	年齢	間柄	
	その他の付き添い氏名	年齢	間柄	

通　信　欄

公益財団法人 千葉県肢体不自由児協会
〒260-0026 千葉市中央区千葉港4-3 社会福祉センター内3F
TEL 043-245-1732　FAX 043-245-1742
いずれも申し込み締め切りは5月20日です