

日帰りレクリエーション参加申込書

令和8年 月 日

本人	ふりがな			年齢	性別
	氏名			歳	男・女
	住所	〒 文京区			
	電話番号				
	障害の種別	(いずれかに○を付けてください) 知的 ・ 身体 (肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚)			
	車いす 使用状況	(いずれかに○を付けてください) 使用している ・ 使用していない			
	車いす 使用の方	座席 種類	(車いす使用の方のみ○を付けてください) バスの中で車いすを固定する ・ バスの座席に移る 電動 ・ 手動 ・ リクライニング		

介護人 へ 一 名 ま で 可)	介護人の有無	(いずれかに○を付けてください) ①同行する・②同行しない・③同行援護を利用する(視覚障害者の方)			
	★介護人が同行する場合、下記にお名前をお書きください				
	※③同行援護を利用する場合は、参加決定通知が届き次第介護人の連絡をお願いいたします。				
	ふりがな		関係	年齢	性別
	氏名			歳	男・女
	ボランティア	(介護人が同行しない方のみ○を付けてください) 希望する ・ 希望しない			

緊急 連絡 先	ふりがな			続柄
	氏名			
	電話番号			

★参加希望日に○を付けてください

参加希望日	実施日	対象区分	リフト付バス
	8月29日(土)	知的・身体	有
	9月2日(水)	知的・身体(手話通訳者同行)	有

★その他連絡事項がありましたらご記入ください

【提出先】

T-LIFEパートナーズ(株)

FAX：03-6374-4373

受付使用欄	