

身体障害者生活訓練事業

利用登録書

教室名	() 教室										
個人番号											
利用者氏名						生年 月日	年 月 日				
利用者住所	松原市										
電話番号	—					FAX	—				
身体障害者 手帳	番号	第 号				等 級	級				
	障害名										
利用者状況	視力	①普通 ②顔や姿が分かる ③光が分かる程度 ④全く見えない									
	聴力	①普通 ②大きな音なら分かる ③ほとんど聞こえない ④全く聞こえない									
	会話	①普通 ②少し不自由 ③全く話せない									
	歩行	①普通 ②杖が必要 ③付添いが必要 ④車椅子利用									
備考											