

第53回近畿知的障がい者福祉大会 参加申込書

第55回大阪知的障がい者福祉大会(堺大会)併催

府県・市名		地区育成会 (支部) 名	
申込責任者		担 当 者	
連 絡 先	〒		
	TEL	() -	FAX () -
参 加 者	参 加 項 目	参 加 者	参 加 費
	本 人	名	名×2,000円
	本人以外 (保護者・介護者・ 支援者 他)	名	名×2,000円
	合 計	名	
合 計			
特記 (連絡事項)			

注①参加費は団体で一括して、下記までお振込みください。

銀行名	りそな銀行上六支店	口座種別	当座預金	口座番号	1272469
口座名義	社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会				
郵便振替口座番号	00900-0-8647				
口座名義	社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会				

注②別紙参加申込書(様式2、様式3)も同時にご送付下さい。

注③申し込み後の取り消しについては、参加費の返金はいたしません。

第 5 3 回近畿知的障がい者福祉大会 参加申込書

第 5 5 回大阪知的障がい者福祉大会(堺大会)併催

府・県 市・名		地区育成会 (支部)名		担当者名		連絡先	
No.	氏 名	参加希望項目に○印を記入して下さい。			該当する項目に○印をして下さい。	備 考	
		全体会	本人フェスタ	本人トーク			
1					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
2					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
3					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
4					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
5					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
6					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
7					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
8					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
9					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
10					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
11					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
12					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
13					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
14					本人・保護者・介護者・支援者・その他		
15					本人・保護者・介護者・支援者・その他		

注①参加者名簿が足りない場合はコピーして下さい。注②本人フェスタ・トーク(様式-3)の申し込みも一緒に提出して下さい。

第53回 近畿知的障がい者福祉大会 本人大会 参加申込書

※ 本人大会に参加する方は、必ず一人1枚ずつ書いて提出してください。

府県・市名	地区育成会 (支部) 名
なまえ (フリガナ)	男・女 年齢 歳
住所 電話 ()	所属 一般就労・福祉サービス事業所など・その他
会場での動き ①～③から選んでください	① 会場の中では、自分で自由に動きたい ※会場内には誘導係などを配置して随時声かけいたします ② ボランティアと一緒に、グループで行動したい ③ 付添いと一緒に活動 ※付添いの方氏名 ()
障がいの程度 (療育手帳の判定)	重度・中度・軽度
コミュニケーションのとり方	言葉・身振り・その他 ()
移動	介助なし・車椅子・介助が必要 ()
排泄	介助なし・声かけ・介助が必要 ()
薬の服用	なし あり (名称、服薬時間)
↓ ※服薬有の方のみ 薬の管理	介助なし・介助が必要 ()
発作	なし あり (時間帯、頻度、様子など)
↓ ※発作有の方のみ 発作のときの対応	(発作中、発作後などの対応を具体的にお書きください)
その他配慮すること	* ボランティアの付き添いをご希望の方は、特に詳しくご記入ください。
当日の緊急連絡先	電話 () _____ さま 家族・付き添い・その他 ()

※ 本参加申込書に記載された個人情報については、大阪手をつなぐ育成会のプライバシーポリシーに従って、当大会の実施に関して使用するもので、その他の目的には使用いたしません。