

# 乗馬体験参加申込書

埼玉県手をつなぐ育成会 殿 (Fax No. 048-833-0400)

次の通り、保護者又は、支援者を同伴し、療育手帳のコピーを添えて申込みます。  
尚、参加が決定した場合は、別途参加費を支払います。

	提出日	年	月	日	
1. 療育手帳保持者氏名	_____	年齢	_____	性別	_____
2. 保護者又は支援者氏名	_____	年齢	_____	性別	_____
3. 住所	〒 _____				
4. 電話番号/Fax No. (自宅)	_____				
	(FAX)	_____			
	(携帯)	_____			
5. 支援者が同伴の場合、支援者の方の携帯番号	_____				

## ◆ご本人（療育手帳保持者の方）の状況を教えてください。（いずれかに ○ を付けて下さい）

1. 移動に車いすを使っていますか	はい	いいえ
2. 薬を服用していますか	はい	いいえ
3. 発作はありますか	はい	いいえ
4. トイレは、ご自身から意思表示しますか	はい	いいえ
5. 特に注意を要する事項を記載してください（例：パニック、常同行動、こだわり 等）	[ _____ ]	

## ◆乗馬体験についての確認事項。（いずれかに ○ を付けて下さい）

1. 騎乗を希望しますか(ご本人)	はい	いいえ
2. 当日の交通手段	車( 台)	公共交通機関(東松山駅集合)