

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) |