

短期集中スキルアップ講座 申し込み用紙

ふりがな		電話	
氏名		(携帯電話)	
ふりがな			
郵便番号	〒		
住所			
生年月日	年 月 日生 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他
身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	眼の病名	
手帳取得年月	年 月	視力	右) 左)
手帳等級	種 級	計測時期	年 月頃
・ご自身の見え方 (視野等) ・最近の変化			
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他の既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
インシュリン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	具体的に	
食事制限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
運動制限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同居家族の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
そのほか、現在の健康状態で気になる点があればお書きください			
視覚障害リハビリテーションを受けたことはありますか		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ICT訓練 <input type="checkbox"/> 点字訓練 <input type="checkbox"/> 日常訓練 <input type="checkbox"/> その他()			
希望するプログラム 【特に希望するもの2コマにチェックをしてください】			
<input type="checkbox"/> 白杖歩行訓練 (白杖の選び方・使い方、住宅街などの歩行、電車やバスの利用など) <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 (調理や掃除・洗濯の動作のコツ、工夫のしかたなど) <input type="checkbox"/> ICT訓練 (パソコン、携帯電話、視覚障害者用ポータブルレコーダー操作など) <input type="checkbox"/> 点字訓練 (点字の読み書きの基礎) <input type="checkbox"/> ロービジョン訓練 (保有視覚の確認やその活用方法)			
希望された理由などをご記入ください(困っていることなどを教えてください)			
この企画を何で知りましたか？ <input type="checkbox"/> 協会からの直接の案内 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 同行援護事業所 <input type="checkbox"/> 友人から <input type="checkbox"/> その他 ⇒()			

ご記入日 年 月 日

日本盲導犬協会 神奈川訓練センター
視覚障害サポート部

〒223-0056

神奈川県横浜市港北区新吉田町6001-9

Tel 045-590-1595 Fax 045-590-1599