

## 第54回大阪知的障がい者福祉大会 参加申込書

支 部 名		代表者名	
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	2,000円× 名 円
	本人以外 (保護者・介護者・支援者 他)	名	2,000円× 名 円
	合 計	名	円
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、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54回大阪知的障がい者福祉大会 参加者名簿

支部名	代表者名			連絡先	
参加者 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○印をしてください。	備 考
	本大会	本人 フェスタ	本人 トーク		
1				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
2				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
3				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
4				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
5				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
6				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
7				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
8				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
9				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
10				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
11				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
12				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
13				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
14				本人・保護者・支援者・介護者・その他	
15				本人・保護者・支援者・介護者・その他	

注①参加者名簿が足りない場合はコピーしてください。 注②本人大会申込書（様式-3）も一緒に提出してください。

第54回 大阪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。

支部名	
なまえ (フリガナ)	男・女 年齢 歳
住所	所属
電話 ( )	一般就労・作業所や施設など・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)	A・B1・B2
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 ( ) _____ 様 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。