

【 FCS クラス分け申込書 実施日： 6 月 1 日 (土) 】

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
		水泳歴	年
住所	〒		
電話番号 (携帯番号)			
診断名			
障害名			
受障した時期 (経過年数)			
受障の要因 (先天性, 事故 発病など)			
次の日常生活での身体能力について当てはまるものに, □にし点を付けてください。 できるという判断は, 少しできるのであれば, "できる"としてください。			
<input type="checkbox"/> 歩くことができる <input type="checkbox"/> 立つことができる <input type="checkbox"/> 背もたれのない椅子に座ることができる <input type="checkbox"/> 杖や補装具などが必ず必要である <input type="checkbox"/> 手すりなどが必ず必要である <input type="checkbox"/> 移動は常に車椅子である (種類は問わず)			
連絡希望日時など (都合の良い時間帯または e-mail など希望があれば記載してください)			
< クラス分け実施日 > * 実施日 : 6 月 1 日    ※ 会場・実施時刻については, 後日ご連絡いたします			