

【 FCS クラス分け申込書 実施日： 5 月 31 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、□にレ点を付けてください。 できるという判断は、少しでもできるのであれば、“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 : 5 月 31 日 ※ 会場・実施時刻については、後日ご連絡いたします			