

令和 8 年度全国重症心身障害児（者）を守る会

第 36 回 関東・甲信越ブロック大会 参加申込 について

- ① 参加申込書を 9 月 30 日（水）までに FAX でお送りいただくか
さいわいの E-mail に件名を「千葉ブロック大会参加申込」として
申込書をPDFで添付してください

※ケアルーム利用希望の方は、ケアルーム利用申込書も一緒に送信してください

FAX 送信先 0 4 3 - 2 4 8 - 2 8 8 4（さいわい）

E-mail saiwai@sweet.ocn.ne.jp（さいわい）

- ② 参加費（ひとり 3, 0 0 0 円）は 10 月 9 日（金）までに

下記へ振込みをお願いします

千葉銀行 本店（店番号 1 0 0） 普通 2 4 1 5 1 4 1

チバケン ジュウショウシンシンショウ ガイジ（シャ） オマモルカイカイチョウタナカスズコ

口座名 千葉県重症心身障害児（者）を守る会会長田中鈴子

※参加券の送付はありません

- ③ 当日受付で資料をお受け取りください

FAX 送信先 0 4 3 - 2 4 8 - 2 8 8 4 さいわい 江本（えもと）・淀縄（よどなわ）行き

第 36 回 関東・甲信越ブロック大会 参加申込書

申込日：令和 8 年 月 日

締切：令和 8 年 9 月 30 日（水）

申込者氏名：_____

連絡先（電話または E-mail）：_____

_____県

施設名など：_____

	参加者氏名	区 分 どちらかに ○	所属（施設・学校名など）	ケアルーム利用 どちらかに ○
1		会員・非会員		あり ・ なし
2		会員・非会員		あり ・ なし
3		会員・非会員		あり ・ なし
4		会員・非会員		あり ・ なし

5		会員・非会員		あり ・ なし
6		会員・非会員		あり ・ なし
7		会員・非会員		あり ・ なし
8		会員・非会員		あり ・ なし
9		会員・非会員		あり ・ なし
10		会員・非会員		あり ・ なし

※参加費は 10月9日（金）までに振込みしてください

※ケアルーム利用の方は、ケアルーム利用申込書も送信してください

【お問い合わせ】 さいわい エモト 江本・ヨドナワ 淀縄
 さいわい TEL 043-242-1230
 FAX 043-248-2884
 E-mail: saiwai@sweet.ocn.ne.jp

第36回 関東・甲信越ブロック大会 ケアルーム利用申込書

参加保護者 (続柄)	ヨミガナ 氏名			所属 支部
保護者住所	住所 電話	〒 TEL 携帯 アドレス		
重症児者	ヨミガナ 氏名			男・女 年齢 歳
	手帳	身体障害者手帳 種 級		療育手帳
	障害名			
	施設	入所 ・ 通所	施設名	
	主治医・病院名			
	《日常の状況（該当に○印）》 * 車椅子使用：有 (折りたたみ：可・不可) ・ 無 * 身長(c m)位 * 体重(kg)位 * 座位：可 ・ 不可 * 移動の際、立位がとれる：可・不可 * 医療的ケア：吸引(1 日 回位) ・ 吸入 ・ 気管切開 ・経管栄養(鼻腔・胃ろう) その他 () * 身体的特徴(右側への側わん等) ()			
	服用している薬剤名			
	ケアルーム利用中の服薬 有 ・ 無 ※ケアルーム利用中に服薬がある場合は、薬は全て必ず持参してください（頓薬含む）			
	てんかん発作 有 ・ 無 発作時の対応方法			
おこしやすい合併症				
気をつけてほしいこと				