

FAXお問い合わせ票

FAX番号 043-312-7076

送信先

ちばしパラスポーツコンシェルジュ

※太線内にご記入下さい

ご本人様

ふりがな			
氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 満 歳
連絡先	住所	〒 -	
	電話		
	FAX		
	メール		
障害の種別	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 高次脳 <input type="checkbox"/> 難病		
手帳所持の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 【手帳種別】 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 無 《等級 - 》		

相談者 ※ご本人様以外の方のお問い合わせの場合は以下にもご記入下さい。

ふりがな			
氏名			
続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 他親族 <input type="checkbox"/> 施設等職員 <input type="checkbox"/> その他 []		
連絡先	住所	〒 -	
	電話		
	FAX		
	メール		

ご相談内容	これまでのスポーツ経歴 無・有 []

☆お問い合わせありがとうございます☆

FAXを送信頂いた後、改めて当方より記載いただきました連絡先に折り返しご連絡させていただきます。

ちばしパラスポーツコンシェルジュ

事務欄～以下は記入しないでください～

対応日

／

受付印

担当