**月　　日実施乗馬体験申込書**

別紙２

ID

　　　　　　**※参加希望日を上にご記入ください※**　　　　記入日：H　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **申　込　者****（保護者・施設職員など）** | ■団体名（個人申込の場合は不要） |
| ■氏名 | ■参加者との関係 |
| ■住所 |
| ■電話番号　　　　　（　　　　　） | ■FAX番号　　　　（　　　　　） |
| ■メールアドレス |
| ■当日の緊急連絡先（携帯電話）　　　　　（　　　　　）　　　　　　　 |
| ■申込結果の連絡方法　　　　　　電話　　・　　FAX　　・　　メール　 |
| **当日の引率者** | ■団体名（申込み団体と同じ場合は不要） | ■引率者数※参加者の安全管理ができる人数でお越し下さい。 | 　　　　　　　　　人 |
| ■引率代表氏名 | ■参加者との関係 |
| ■電話番号（　　　　　） | ■当日の緊急連絡先（引率者携帯電話）　　　　　　　（　　　　　） |
| **参　加　者** | ■氏名（ふりがな） | ■ニックネーム |
|  |
| ■住所 |
| ■性別　　　男　・　女 | ■年齢　　小・中・高　　　歳　（　　年生）　 | ■身長　　　　　　　ｃｍ　 | ■体重　　　　　　　ｋｇ |
| ■乗馬経験　なし　・　あり　（　　　）回程度■動物アレルギー　　　なし　・　あり | どちらかに○を記入してください↓■自立について　　　　できる・できない　　■座位について　　　　とれる・とれない■コミュニケーション　とれる・とれない |
| ■留意事項（障がい名、動物アレルギーの有無およびその程度）※自閉症、こだわりなど、安全管理のためできるだけ詳細に　　　　　　　　　　　※参加者に乗馬や馬とのふれあいを安全に楽しんでいただくために、詳細にご記入下さい　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ■下記の事項に間違いなければ、右の確認欄に✔（チェック）をしてください。**◎発作の持病はありません。****◎担当医師もしくはリハビリ担当者から運動を禁止されていません。** | ■確認欄 |
| **※事務局記入** | 受付NO  | 受付日　　月　　日 | 参加／申込／（ｷｬﾝｾﾙ）　　／　　／（　　） | 結果参加・不参加 | 通知日月　　日 |

**主催：帯広市・帯広畜産大学　事務局（国際・地域連携課）：電話0155-49-5776　FAX 0155-49-5289**

**※当日会場にて広報・記録用の写真撮影をしております。差し支えのある場合、お手数ですがその場でお申し出ください。**