

2025 年度 ふれあいどうぶつ体験会

年 月 日記入

障がい名	(手帳 級/ A ・ B1 ・ B2)			
フリガナ①		年齢	性別	車いす
氏名①		歳	男 ・ 女	有 ・ 無
アレルギーの有無	有 () ・ 無			
保護者名 (介護者名)				
住所	〒 — —			
電話番号	— —	FAX	— —	
障がいの有無	有 (手帳 級/ A ・ B1 ・ B2) ・ 無			
フリガナ②		年齢	性別	車いす
氏名②		歳	男 ・ 女	有 ・ 無
アレルギーの有無	有 () ・ 無			
障がいの有無	有 (手帳 級/ A ・ B1 ・ B2) ・ 無			
フリガナ③		年齢	性別	車いす
氏名③		歳	男 ・ 女	有 ・ 無
アレルギーの有無	有 () ・ 無			
来場方法	公共交通機関 ・ 自家用車 ・ その他 ()			
申送り事項	※参加にあたり担当者へ伝えたい内容があればご記入ください。			
本事業をどこで 知りましたか。 ※○印をつけて ください。	① 館内ポスター・チラシ ② SNS (ホームページ・ブログ・LINE・YouTube など) ② その他 (具体的に:)			
「その他」等の記載事項に同意して申込みます。			☐	

大阪府立障がい者交流促進センター
(ファインプラザ大阪) 行
【FAX 072-296-6313】

担当	入力	受付
/	/	/