障害のある方の運転教室　申込書

R6-①

ふりがな 氏　名	年齢　　歳　　性別　□男　□女
障害名 身体障害者手帳　　種　　級	住所 〒 高知市 T E L 携　帯
障害の原因	※ 脳梗塞・事故など、具体的に書いて下さい。 ※ 後遺障害の場合、それはいつ頃ですか？　　年　　月頃
現在の状況 まひの部位等	

― 移動などについて教えてください ―

(1)　日常の移動手段は？　□手動車いす　□電動車いす　□松葉杖　□ステッキ　□独歩

(2)　自動車への乗り移りができますか？　□介助なしでできる　□介助があればできる　□できない

― 免許・自動車の状況を教えてください ―

運転免許証の 有無

□有　①免許証の有効期限　　年　　月　　日

②現在，運転をしていますか

□している ----------> その車の改造は　□済　□未

□過去に運転をしていた　　年　　ヶ月前まで

□無　過去に免許を持っていましたか

□持っていた

□持ったことはない　運転は初めて

今回の運転教室へのご希望や、運転についての不安、ご心配事などありましたらご記入下さい。

※ 当日の同伴者　□無　□有（　　）

※ 当日現地までの移動手段

□自家用車　公共交通機関　□JR　□バス　□電車　□その他（　　送迎等 ）

お申込み・お問合せ先：障害者福祉センター　電話：088-873-7717　FAX：088-873-6420