広島市身体障害者社会参加促進事業

機能回復訓練参加者募集案内

フライングディスクを楽しみながら機能回復訓練を行います。

1　**対象**　＝　市内に在住か通勤・通所・通学で身体障害者手帳を持つ肢体障害者

2　**主催**　＝　広島市

3　**主管**　＝　公益社団 広島市身体障害者福祉団体連合会

4　**内容**　＝　フライングディスク

5　**日時**　＝　令和 6年10月20日(日) 午前10時 ～ 12時

6　**場所**　＝　広島市東区総合福祉センター内二葉公民館 5階ホール
(上靴をご用意ください)
〒732-0055 広島市東区東蟹屋町 9-34
電話　082－262－4430

7　**申込先**　＝　(公益社団)広島市身体障害者福祉団体連合会事務局
〒 732-0822 広島市南区松原町 5-1
広島市総合福祉センター内
電話　082－263－4524
FAX　082－263－9713

8　**申込期限**　＝　令和 6年10月10日(木)
但し 毎週土・日曜日及び祝祭日は休み

※ 申込書は、同連合会と各区福祉課、市役所障害福祉課で配付します。
※ 高齢者いきいき活動ポイント対象事業です。
ポイント手帳をお持ちの方はご持参下さい

問合せ先　同連合会　電話　082－263－4524
FAX　082－263－9713

広島市身体障害者社会参加促進事業

機能回復訓練参加申込書

（ フライングディスク ）

※ 申込期限　　令和 6年10月10日(木)

ふりがな 氏　名		性 別	男 ・ 女
生年月日	昭 ・ 平　　年　　月　　日	年 齢	歳 (令和6年 10月20日現在)
現住所	〒＿＿＿ ― ＿＿＿＿ 広島市　　区		
	電 話　　―	ファクス　　―	
障害の有無 及び 介護者 の有無	該当するところに○を付けてください。 肢体障害者・内部障害者 車いす使用者 （ はい ・ いいえ ） 介護者 （ 有 ・ 無 ）		

◎ 調査記入欄　（広島市内在住の方は、ご記入ください）

現在、区身障者福祉協会へ加入していますか。

＊ はい　　＊ いいえ

未加入の場合今後加入を希望しますか。

＊ はい　　＊ いいえ