令和８年度障がい児・者健康スイミング教室　参加申込書（冬期）

（あて先）厚木市長

令和　　年　　月　　日

次のとおり同意の上、申請します。

・教室参加に当たり、裏面の遵守事項を守り教室に参加します。
・本申請書の記載内容に相違ありません。
・申請資格の審査において、住民票及び障害者手帳等の資格の有無を確認することについて承諾します。
・健康医療課主催の他講座等ご案内のため、本申請書の個人情報を利用する場合があることを承諾します。
・参加が決定した場合、本申請書の記載内容について、関係機関及び受託事業者と共有すること及び緊急時等については、関係機関等と連携し、個人情報を提供することに同意します。

＜関係機関等＞地域包括ケア推進課、介護福祉課、障がい福祉課、消防本部、医療機関、相談機関など

【申込者記名】 ※参加希望者が未成年者の場合は、保護者名を記載してください。

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　申込期限：令和8年12月1日（火）

※　複数の教室を希望し当選した場合、2つ目以降の教室は当選されていない方を優先します。

※　お申込み多数の場合は抽選となります。抽選の場合、今年度未受講者を優先します。

＜参加希望者＞

ふりがな			
氏　名			
住　所	〒　　－ 厚木市		
障がいについて （☑を付ける）	・□身体障がい　・　□知的障がい　・　□精神障がい ・障害者手帳、療育手帳等の有無　　□有　・　□無 （等級・障がい名等　　） ※指導内容の参考とするため、詳細について聞き取りをさせていただく場合があります。		
固定電話 携帯電話 FAX	（　　）　　－ （　　）　　－ （　　）　　－	生年月日	年　　月　　日
		年　齢	歳 （令和9年3月 31 日時点）

＜緊急連絡先（保護者等）＞

ふりがな				
氏　名				
住　所	□　申請者に同じ	〒　　－		
固定電話	□　申請者に同じ	（　　）　　－	参加希望者からみた続柄	
携帯電話	（　　）　　－			

＜参加を希望する教室に〇をしてください。＞

障がい児親子スイミングコース （小学生以下）　※金曜日開催 14:50～	全5回	前期　1/8～2/5	
	全5回	後期　2/12～3/12	
障がい者健康スイミングコース （中学生以上）　※水曜日開催 14:50～	全5回	前期　1/6～2/3	
	全5回	後期　2/10～3/10	

＜次の質問について、該当する項目○および該当するものを記入してください。＞
※申込みされた教室の種別にかかわらず、全ての項目を必ず記入してください。

1　現在、治療している病気がある。 はいの場合、内容を記載 病名（　　）	□はい　・　□いいえ
2　次の病気にかかったことがある。（該当するものに☑を付ける） □心臓病　□気管支喘息　□高血圧症　□てんかん　□ひきつけ	□はい　・　□いいえ
3　医師が水泳を許可している。又は、水泳を止められていない。	□はい　・　□いいえ
4　日常会話又は意思の疎通ができる。	□はい　・　□いいえ
5　3歳以上でおむつの着用がなく、排泄を知らせることができる。	□はい　・　□いいえ
6　ひとりで水着に着替えることができる。又は、付添者の声掛けや簡単な介助があれば水着に着替えることができる。	□はい　・　□いいえ
7　体調面で気になることや配慮が必要なことがあれば記入してください。 □なし　・　□あり（　　）	
8　次の水泳に関する事項で当てはまるもの（近いもの）すべてに☑を付けてください。 □水泳経験がある　□顔を水につけることができる　□シャワーをあびることができる □もぐれる　□けのびができる　□いきつぎができる　□ビート板キックができる	
9　教室参加に当たり、介助者が必要ですか。（親子教室は必須） 介助者　氏名（　　） 参加希望者からみた続柄（　　） 生年月日（　　年　　月　　日）電話番号（　　）　　ー ※介助者は、プールに入水していただきます。	□はい　・　□いいえ

＜健康スイミング教室参加に係る遵守事項＞

※　参加者が次の事項を遵守しない場合は、教室参加を制限もしくは停止することがあります。

(1) 水着及び水泳帽を着用すること。（水着以外の衣服での入場はできません。）
(2) カメラ、ビデオ等の持ち込み及び撮影をしないこと。
(3) 水泳用ゴーグル以外の水中メガネ、眼鏡等を使用しないこと。
(4) 感染症に感染又は睡眠不足等の体調不良の場合は、教室に参加しないこと。
(5) 酒気を帯びている場合は、教室に参加しないこと。
(6) 危険な行為及び他人の迷惑になる行為をしないこと。
(7) 施設係員、講師等の指示に従うこと。
(8) 実施会場となる厚木市ふれあいプラザの利用規約等を遵守すること。

＜注意事項＞

・複数教室へ申込みをされ、複数当選した場合はいずれにも御参加ください。
・FAX での申込みの場合は、受信確認のため電話にて御連絡ください。

＜提出先・問合せ先＞

厚木市健康こどもみらい部　健康医療課　健診・予防係
〒243-0018　厚木市中町１－４－１　厚木市保健福祉センター2階
電話（046）225-2201　　FAX　（046）223-7066
メール：2250@city.atsugi.kanagawa.jp