

施設・作業所・団体名		都道府県名		TEL
				FAX

サポート希望者の名前(フリガナ)	年齢 歳	性別 男 ・ 女	当日付き添い者名(フリガナ)	付き添い者携帯番号
------------------	---------	-------------------	----------------	-----------

コミュニケーション	表現方法や他者理解、注意事項など			

食 事	介助の仕方、注意事項（アレルギー）など	排 泄	介助の仕方、注意事項など

移 動	介助の仕方、注意事項など	発 作	介助の仕方、注意事項など
		有・無	

服 薬	何に対する薬か、服用時間・方法、服用上の注意など	頓 服	どの状態の時に使いますか、
有・無		有・無	使用料、使用上の注意など

大会にあたってサポートしてほしいこと（サポート希望内容・留意点などを具体的に書いて下さい。）  
※こだわりやその時の対応などあればお願い致します。

ご記入が終わりましたら、表面・裏面《両方》FAXをお願いいたします