

該当者がいる場合、ご協力の上FAXお願いします。0265-59-8882

AGT名

担当者名

令和 年	体験者チェックシート	学校名	学校	学年	担当	先生
	部外秘	TEL	FAX			
実施日時			月	日 ()	AM	PM
			プログラム名 ラフティング・MTB・その他 () ○で囲む			
障害	クラス	氏名	男	女	基本的に先生の 付き添え必要	
	障害名、障害の程度（歩行の状況、握力、張力など具体的に） （ガイドによる特別なケアが必要とされる場合もご記入ください）		留意事項			
				ガイドの増員（有料） 必要 不要		
障害	クラス	氏名	男	女	基本的に先生の 付き添え必要	
	障害名、障害の程度（歩行の状況、握力、張力など具体的に） （ガイドによる特別なケアが必要とされる場合もご記入ください）		留意事項			
				ガイドの増員（有料） 必要 不要		
体格	クラス	氏名	身長	体重	ウエスト	備考
			cm	kg	cm	
			cm	kg	cm	
			cm	kg	cm	

※体格については、特別に大きい又は小さいと判断した場合のみ。その他は学校(学年)として、クラスとして等特別なことがあればご記入下さい。

(有)アルプスぼうけん組楽部