

令和8年度船橋市身体障害者福祉センター事業応募用紙

受付No._____

受理印

氏名: _____

下の表の利用希望欄に○をご記入ください。

事業名	グループ名(曜日・時間帯)	回 数	利用希望	リフトバス送迎	
				希 望	車椅子使用
機能訓練	月曜グループ (月・午後)	24回/年		有・無	有・無
	火曜グループ (火・午後)	24回/年			
	水曜グループ (水・午後)	24回/年			
元気体操	月曜グループ (月・午前)	22回/年		有・無	有・無
	火曜グループ (火・午前)	22回/年			
	金曜グループ (金・午前)	22回/年			
	金曜午後グループ (金・午後)	22回/年			
ワード	木曜グループ (木・午前)	20回/年		*午前	10時～ 11時45分
	フリーグループ (木/金・午後)	20回/年			
すみれ	(火・午後)	12回/年		*午後	1時～ 2時45分
こばと	(水・午前)	12回/年			
手 話	(木・午後)	24回/年		手話は *午後 1時30分～ 3時15分	リフレッシュ体操は *午後 1時15分～ 2時45分
工 芸	火曜グループ (火・午前)	12回/年			
	水曜グループ (水・午前)	12回/年			
	木曜グループ (木・午前)	12回/年			
	木曜午後グループ (木・午後)	12回/年			
	金曜グループ (金・午前)	12回/年			
書 道	(月・午前)	12回/年		*午後	1時15分～ 2時45分
ペン習字	身体障害者福祉センター (水・午前)	12回/年			
	西船橋出張所 (水・午後)	12回/年			

事業名	グループ名(曜日・時間帯)	回 数	利用希望	リフトバス送迎	
				希 望	車椅子使用
リフレッシュ体操教室	法典公民館 (木・午後)	20回/年		有・無	有・無

注：送迎希望の方は送迎コースをお問い合わせください。