

申込先 一般社団法人佐賀県障がい者スポーツ協会
 担当：田中、藤井
 〒840-0851 佐賀市天祐1-8-5
 TEL：0952-24-3809
 FAX：0952-24-3818
 Email：saga-spokyotanaka@pure.ocn.ne.jp

障害者スポーツ教室 参加申込書

受付№ _____

(各教室での必要事項をご記入ください)

教室名		参加希望日 (希望種目)	出張スポーツ教室を希望される方は、 希望種目があれば記入して下さい。
参加申込書 作成者名		作成者連絡先	電話・ファックス () -
			携帯電話 () -
ふりがな			
参加者氏名	(男・女)		
生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (歳)		
連絡先住所	(団体・施設名)		
	電話() -		
	緊急連絡用：電話() -		
障害の種類	1.肢体不自由 2.車椅子利用 3.視覚 4.聴覚 5.知的 6.精神 7.内部		
障害名	(身体障害者手帳に記載されている内容)		
付添者	あり・なし	※「あり」の場合	
		氏名：	(参加者との続柄：)
		氏名：	(参加者との続柄：)
手話通訳の希望	有・無	要約筆記 の希望	有・無
		補装具の 使用状況	

注1)この票は、1人(1団体)につき1部作成してください。

注2)先着順及び初参加者を優先させていただきます。

注3)出張スポーツ教室希望の団体は、申し込み後に打ち合わせをさせていただきます。

※ 取得した個人情報、本教室運営に必要と認められる目的以外に利用もしくは第三者への開示、提供は行いません。