

平成29年度 全国障害者スポーツ大会団体競技 体験教室
知的障がい者バレーボール教室 申込書

| | | | | | |
|--------------------|---|--|---------------|----|-------|
| ふりがな | | | | 性別 | 男・女 |
| 受講者氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 現住所 | 〒 — | | | | |
| TEL | - | - | FAX | - | - |
| 携帯電話 | - | - | (本人・保護者)所持の携帯 | | |
| 療育手帳 | あり | 該当する障がいの等級に○をつけてください。 A1・A2・A3・B1・B2 | | | |
| | なし | 支援学校や支援学級、作業所、施設等に在籍していますか？ 在籍している・過去に在籍していた・在籍したことない | | | |
| 競技経験 | バレーボールの競技経験はありますか？ なし・あり ()年 | | | | |
| 全国大会希望 | 全国障害者スポーツ大会を目指すため、チームに所属し、九州ブロック予選会(4月から5月頃開催予定)への参加を希望しますか？ 注)あくまでも参考調査のため、チームの受入れがない場合や、九州ブロック予選会に出場できないこともあります。 希望する ・ 希望しない ・ 検討中 | | | | |
| 健康状態 | 本人の健康上、気になる点がありましたらご自由にお書きください。 例) 3年前にてんかん発作あり。 | | | | |
| 所属団体等名 (学校・施設名) | | | | | |
| 保護者氏名 (所属長名) | 上記の者が、この教室に申し込むことを同意します。 保護者氏名 (所属長名) | | | | 印 |
| 備考欄 | 事務局入力分 | | | | |
| | 入力 | | 通知 | | 領収 |

※ FAX、メールで申込みの際は、必ず電話にて送信確認を行って下さい。
また、保護者氏名欄の記入がある方は、開催日に申込書の原本を担当にお渡しください。

| |
|---|
| <p>【申込み及び問合せ先】 福岡市障がい者スポーツ協会 担当：小城 〒 810-0062 福岡市中央区荒戸3丁目3番39号 福岡市市民福祉プラザ3階 TEL 092-781-0561 FAX 092-781-0565 メール fukuoka@suporeku-fuku.com</p> |
|---|