

平成30年度

障がい者レクリエーションボッチャ教室 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	—	—			
障がいの状況	(手帳通り記載してください。)				
日常使用補装具	・日常的に使用している補装具に○をつけてください。 車いす ・ 電動車いす ・ 杖 ・ その他 ()				
投球補助具等	・競技を行う上で使用を希望する補助具に○をつけてください。 音源(視覚の方) ・ 勾配具(ランプス) ・ その他 ()				
ボッチャの競技経験	ない ・ ある				
所属団体等名 (学校・施設名)					
保護者氏名 (施設長名)				印	※18歳未満の方は保護者等同意の上、お申込みください。
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、初回の教室時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：森 〒 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>
