

令和2年度障がい者スポーツ教室  
ボウリング教室 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	
障がいの状況	(手帳通り記載してください。)		
ボウリング 競技経験	無 ・ 有 ( 年 )	平均 スコア	点
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			

※ 記録用として撮影した写真を、当協会のホームページや協会ニュース、市や関係団体の催し等に掲載、展示することがありますので予めご了承ください。  
諸事情により、写真の掲載等が難しい方は上記の備考欄にその旨ご記入ください。

※ 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。

【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