

平成30年度障がい者スポーツ教室  
**フライングディスク教室 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	—          —		F A X	—          —	
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。)				
所属団体等名 (学校・施設名)			フライングディスク 教室経験	無          ・          有	
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。

**【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