

平成30年度障がい者スポーツ教室
陸上競技教室 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		
手帳の有無	※取得されている手帳に○を記入ください。 手帳を取得されていない方は手帳なしに○を記入してください。 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・手帳なし			
障がいの状況	(手帳通り記載してください。)			
陸上競技大会等での記録	大会名：			
	実施日：			
	種目①：	記録：		
	種目②：	記録：		
全国大会希望	全国障害者スポーツ大会福岡市代表への選考申込みを希望されますか？ 希望する ・ 希望しない ※「希望する」方には、後日申込書をお渡しします。			
所属団体等名 (学校・施設名)				
保護者氏名 (所属長名)			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：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
