

令和5年度 障害者アスリートマルチサポート事業

公開講座

参加申込書

- ★電話での申込みはできません。
- ★郵送・FAXでの申込みのみ受付いたします。
- ★申込先 〒651-2181 神戸市西区曙町 1070 兵庫県立障害者スポーツ交流館 川口・矢倉宛
FAX 078-927-8022
- ★健常者の方は、お名前、保護者氏名(18歳以下の方)、連絡先住所のみ記載ください。
- ★講義の中で実技も実施するため、体育館シューズを持参し、運動動しやすい服装でご参加ください。

団体名 (所属している方のみ)		生年月日 昭・平 年 月 日生 (どちらかに○)
個人名	ふりがな	年齢 歳 学年 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 年生 (<input type="checkbox"/> には <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保護者氏名 18歳以下の選手のみ記入		
連絡先住所 日中連絡の取れる 電話番号	〒 住所: 電話: FAX:	
障害名等	《身体障害者手帳・療育手帳内容をご記入のうえ、該当内容に○をつけてください》 障害等級: 種 級 / 療育 A・B1・B2 障害名: 補装具 あり・なし	

- ・本申込書内の個人情報は、守秘し本事業以外に使用しません。
- ・本事業中の写真撮影は、主催者の許可されたものに限りします。
- ・キャンセルされる場合、必ず事務局へご連絡ください。