

平成29年度障がい者スポーツ教室  
サッカー教室 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。)			
所属団体等名 (学校・施設名)		サッカー 競技経験	無・有 ( 年)	
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ください。  
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>
--