

令和4年度

障がい者レクリエーションボッチャ教室 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 | — — | 携帯電話 | — — |
| 携帯メールアドレス | | | |
| 障がいの状況 | (手帳通り記載してください。) | | |
| 日常使用補装具 | ・ 日常的に使用している補装具に○をつけてください。 車いす ・ 電動車いす ・ 杖 ・ その他 () | | |
| 投球補助具等 | ・ 競技を行う上で使用を希望する補助具に○をつけてください。 音源 (視覚の方) ・ 勾配具 (ランプス) ・ その他 () | | |
| ボッチャの競技経験 | ない ・ ある | | |
| 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。 | |
| 大会の参加について | 教室チームとして参加を 希望する ・ 希望しない どちらかに○をつけてください。 | | |
| 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。

| |
|--|
| 【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 |
|--|