令和３年度障がい者スポーツ・レクリエーション教室

スポーツ教室申込書

受講希望教室	番 号	教 室 名	
ふりがな			男 ・ 女
受講者氏名			
生年月日（年齢）	昭 ・ 平　　年　　月　　日　（　　才）		
所 属 名 （施設・学校等）	学年　　年生		
現 住 所	〒　　－		
連 絡 先	TEL	FAX	
	携帯		
	Email		
障 が い 名	※手帳の原文のまま記載してください		
重複障がい名	※重複障がいのある方のみ記入してください		
※ボッチャ教室・マリンスポーツ体験教室で、保護者・介助者も参加する場合のみ記入			
ふりがな			男 ・ 女
※参加を希望する 保護者・介助者氏名			

一般社団法人福岡県障がい者スポーツ協会会長　殿

●貴協会が開催するスポーツ・レクリエーション教室の申込書と事前調査票を提出します。
●新型コロナウイルス感染症対策については、国や県が定めるガイドライン等及び施設管理者が定める事項を遵守し、貴協会職員・講師等の指示に従います。
●教室参加後２週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、速やかに報告します。

令和　　年　　月　　日

署　名　　印

※受講希望者が未成年又は知的障がいのある方の場合は、
保護者の署名をお願いします

※FAXで申し込む場合は、必ず送信確認の電話をしてください。
※この申込書は教室での指導に際し、受講生の把握のため一覧表にして、指導スタッフに配布及び受講決定等の連絡用として使用します。