

# 令和4年度マリンスポーツ教室申込書

|       |                   |     |    |            |
|-------|-------------------|-----|----|------------|
| ふりがな  |                   | 性別  | 年齢 | 所属名(施設・学校) |
| 受講者氏名 |                   |     |    |            |
| 現住所   | 〒                 |     |    |            |
| 連絡先   | TEL               | FAX | 携帯 |            |
|       | Email             |     |    |            |
| 障がい名  | ※重複障がいも全て記入してください |     |    |            |

※下記の欄は保護者・介助者も参加する場合のみ記入

|                       |  |    |    |
|-----------------------|--|----|----|
| ふりがな                  |  | 性別 | 続柄 |
| ※参加を希望する<br>保護者・介助者氏名 |  |    |    |

|                       |                                                       |                          |         |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|---------|
| 参加希望時間                | 午前の部 ・ 午後の部                                           |                          |         |
| 教室参加の目的               |                                                       |                          |         |
| 知ってほしいこと<br>注意してほしいこと |                                                       |                          |         |
| 移動について<br>※○を付けてください  | ①立位 (特になし・杖・カナディアンクラッチ等・肢装具)<br>②車いす (地面けり・片手・両手・その他) |                          |         |
| 更衣について<br>※○を付けてください  | ①自分でできる      ②一部要介助      ③全面要介助                       |                          |         |
| スポーツ経験の有無             | あり ・ なし                                               | ※「あり」と回答された方は具体的にご記入ください |         |
| マリンスポーツ経験の有無          | あり ・ なし                                               |                          |         |
| 既往症・持病など              | あり ・ なし                                               | ※「あり」と回答された方は具体的にご記入ください |         |
| 主治医の許可                | あり ・ なし                                               | 病院名                      | 病院の電話番号 |
| 現在服薬中の薬               |                                                       |                          |         |

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

※受講希望者が未成年又は知的障がいのある方の場合、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。

※お預かりした個人情報は、本教室運営に必要な目的以外には使用いたしません。