

平成29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

受講希望教室名	番 号	教 室 名		
ふりがな				男 ・ 女
受講者氏名				
ふりがな				男 ・ 女
受講保護者氏名				
生年月日（年齢）	大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日（才）
住 所	〒 -			
連 絡 先	TEL：（            ）	—		
	FAX：（            ）	—		
	携帯：               —	—		
所 属 名 （施設・学校等）				学年    年生
障 害 名	療育手帳	A1 ・ A2 ・ A3 ・ B1 ・ B2		
	障害名 <small>※手帳の原文のまま 記載してください</small>			
保護者氏名・印 （未成年者の場合）	上記の者がこの教室に申込みことに同意します。			印
受講可否決定 ※記入しない事	※	保険料	※	受付者氏名
				※

※印の欄は記入しないこと。

※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。

福岡県障害者スポーツ協会会長 殿

以上のとおり福岡県障害者スポーツ協会開催のスポーツ・レクリエーション教室を受講したいので、「事前調査票」を添えて申し込みます。

平成            年            月            日

申込者 \_\_\_\_\_ 印