

令和7年度 ふれあい乗馬体験教室 参加申込書

【参加者情報】

ふりがな			性別	生年月日		年齢
氏 名				西暦	年 月 日生	
連 絡 先	住 所	〒 -				
	メールアドレス					
	電 話	※当日、連絡のつく番号ご記入ください。				
所 属 名 (施設・学校)				決定通知の 受け取りについて	郵送 ・ メール	

【健康・安全に関する確認】 ※安全確保や用具調整等の参考にさせていただきます。

障がい種別	①肢体 ②視覚 ③聴覚 ④内部 ⑤知的 ⑥発達 ⑦精神 ⑧その他					
障がい名	※手帳に記載のとおりご記入ください。				身長	cm
					体重	kg
介助の要否	要 ・ 不要	介助者	氏 名	(続柄)		
主治医の許可	あり ・ なし	かかりつけ 病院名・連絡先	() -			
健康状態等 について	※健康状態や特別に配慮が必要なことがあればご記入ください。					
移動について	①独歩 ②手引き ③杖 ④歩行器 ⑤車いす(手動) ⑥車いす(電動) ⑦その他					

【乗馬体験について】

過去の乗馬経験	なし ・ あり (内容: 引き馬・一人で乗馬・エサやり・ブラッシング・その他)
体験にあたっての 希望・配慮事項	

※下記の欄は家族・介助者も参加する場合のみご記入ください					
ふりがな		性別	年齢	続柄	身長・体重
氏 名					cm ・ kg
ふりがな		性別	年齢	続柄	身長・体重
氏 名					cm ・ kg

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。
- 教室中の事故・ケガ等に対しては、主催者においては応急処置のみ行い、それ以上の責任は負いかねます。
- 各教室における活動の様子(動画・写真)の協会ホームページ・SNS等への掲載について、同意します。

令和 7 年 月 日 署名

※受講希望者が未成年また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で申込みの際は、必ず電話にて送信確認を行ってください。

※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。