

令和7年度 座ってできる椅子ヨガ体験教室申込書

参加希望日 ※○をつけてください	1回目 1/20 16:30～	2回目 2/3 18:30～	3回目 2/17 16:30～	4回目 3/3 18:30～
ふりがな			性別	年齢
受講者氏名				所属名（施設・学校）
現住所	〒			
連絡先	TEL	FAX	携帯	
	Email			
受講決定 通知について	☐ 郵送 ☐ メール ※どちらかにチェックをつけてください。メールをご希望の方は「info@f-psa.jp」を受信設定してください。			
障がい名	※重複障がいも全て記入してください			
教室参加の目的				
知ってほしいこと 注意してほしいこと				
移動について ※○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） ②車いす （地面けり・片手・両手・その他）			
更衣について ※○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		
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。
- 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 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。