

2019年度 障害者スポーツ体験学習 申込書

※収集した個人情報につきましてはプラザの事業運営に必要な目的以外に使用しません。

フリガナ		
団体名		
フリガナ		
代表者名	役職名:	氏名:
団体住所	〒 -	
フリガナ		
担当者名		
担当者TEL・FAX	TEL	FAX
参加人数	参加人数 人 (うち引率者 人)	
希望日時等 ※但し他の団体や事業と重なっている等 の場合は希望に添えないことがあります。	第1希望日 年 月 日()	第2希望日 年 月 日()
	希望時間 : ~ :	希望時間 : ~ :
	<希望体験体験内容>	<希望体験内容>
備考		
群馬県立ふれあいスポーツプラザ館長 あて 2019年度 障害者スポーツ体験学習を申し込みます。 年 月 日		
団体名	担当者名	

申込書受付日: 年 月 日 受付者:

プラザ使用欄