

平成30年度障害者スポーツ体験「ボッチャ」参加申込書(団体用)

団体 責任 者	ふりがな				住 所	〒			
	団体名								
	ふりがな		年 齢	性 別	電話番号	— —		携帯番号	— —
	団体代表者 氏 名		歳	男 ・ 女		メールアドレス			

1	ふりがな 氏名	年 齢 歳	性 別 男 ・ 女	障害名	服 薬(多い場合はコピーでも可)	介護者氏名(保護者氏名)	ランプの使用	写真撮影	プラザ利用証番号
				無・有()	無・有()	無・有()	希望 ・ 不要	可 ・ 否	無・有()
2	ふりがな 氏名	年 齢 歳	性 別 男 ・ 女	障害名	服 薬(多い場合はコピーでも可)	介護者氏名(保護者氏名)	ランプの使用	写真撮影	プラザ利用証番号
				無・有()	無・有()	無・有()	希望 ・ 不要	可 ・ 否	無・有()
3	ふりがな 氏名	年 齢 歳	性 別 男 ・ 女	障害名	服 薬(多い場合はコピーでも可)	介護者氏名(保護者氏名)	ランプの使用	写真撮影	プラザ利用証番号
				無・有()	無・有()		希望 ・ 不要	可 ・ 否	無・有()
4	ふりがな 氏名	年 齢 歳	性 別 男 ・ 女	障害名	服 薬(多い場合はコピーでも可)	介護者氏名(保護者氏名)	ランプの使用	写真撮影	プラザ利用証番号
				無・有()	無・有()		希望 ・ 不要	可 ・ 否	無・有()
5	ふりがな 氏名	年 齢 歳	性 別 男 ・ 女	障害名	服 薬(多い場合はコピーでも可)	介護者氏名(保護者氏名)	ランプの使用	写真撮影	プラザ利用証番号
				無・有()	無・有()		希望 ・ 不要	可 ・ 否	無・有()
6	ふりがな 氏名	年 齢 歳	性 別 男 ・ 女	障害名	服 薬(多い場合はコピーでも可)	介護者氏名(保護者氏名)	ランプの使用	写真撮影	プラザ利用証番号
				無・有()	無・有()		希望 ・ 不要	可 ・ 否	無・有()

※ランプとは投げる動作が困難な方が使用するボールを転がすルールです。

今回の事業を何で知りましたか？	①館内ポスターや開催要項 ②プラザ職員 ③知人の紹介 ④プラザホームページ ⑤学校・施設に届いた開催要項 ⑥その他()
-----------------	---

群馬県立ふれあいスポーツプラザ館長 あて
 平成30年度 障害者スポーツ体験「ボッチャ」の参加を希望します。
 平成 30 年 月 日 代表者氏名

印

※収集した個人情報については事業運営に必要な目的以外には使用いたしません。

申込者受付日 平成 年 月 日 受付者: