

平成29年度アスリート教室（水泳）開催要項

- 1 目的 国際大会・国内大会に出場を目的とする選手を強化育成し、競技力の向上と障害者スポーツの普及発展に努めることを目的とします。
- 2 主催 群馬県立ふれあいスポーツプラザ
- 3 協力 群馬障害者水泳協会
- 4 日時 平成29年4月～平成30年3月 月1回～4回 変則開催
※変則開催のため、申込書提出後に開催日時をメールなどで連絡いたします。
- 5 会場 群馬県立ふれあいスポーツプラザ「プール」「会議室」
- 6 対象者 次の全ての条件を満たしている方
①障害者手帳をお持ちの方
②現在50m以上をスムーズに泳げる方
③各種水泳大会に参加する意欲のある方
④水泳（競技）をしても差し支えない健康状態の方
- 7 内容 水泳のスキルアップのためのトレーニング
- 8 参加費 無料 ※但し、大会に参加するための各種費用は各自負担
- 9 申込期間 随時
- 10 申込方法 別紙申込用紙に必要事項を記入のうえ、持参・FAX・郵送のいずれかでお申し込みください。
①持参の場合 申込期間内の開館日、9時～17時にお持ちください。
②FAXの場合 送信後、開館日の9時～17時に電話で、受取の確認をしてください。
申込期間内の休館日 プラザカレンダー参照
③郵送の場合 下記の宛先に郵送してください。
- 11 申込問合せ先 群馬県立ふれあいスポーツプラザ
〒379-2214 伊勢崎市下触町 238-3
TEL：0270-62-9000 FAX：0270-62-8867
※開館日の9時～17時をお願いします。
- 12 その他 ①室内トレーニングを行う場合もあるので運動着及び室内運動靴を準備してください。
②参加できなくなった場合は担当者まで連絡してください。
③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しません。

平成29年度アスリート教室(水泳)参加申込書

ふりがな			性別	男・女
氏名				
プラザ利用証番号	(利用証をお持ちの方のみ)			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
住所	〒			
自宅電話番号		本人携帯 電話番号		
緊急連絡先	氏名 (続柄:) 電話番号			
FAX番号				
本人または 保護者の メール アドレス	パソコンメールアドレス: (名前)		@	
	携帯メールアドレス: (名前)		@	
目標大会				
目標種目 及びタイム	1種目 タイム	2種目 タイム		
障害名	(各障害者手帳に記載されている事柄を記入) 種 級			
服薬	無・有 ()			
※医師からの運動制限の有無について分かる範囲で具体的にお書きください。				
保護者名 (必要な方)		保護者携帯 電話番号		
群馬県立ふれあいスポーツプラザ 館長 あて 平成29年度アスリート教室(水泳)の参加を希望します 平成 年 月 日 氏名 印 (18歳未満の参加者は保護者氏名)				

申込者受付日 平成 年 月 日(受付者:)

○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しません。