

受付No. \_\_\_\_\_

◇ 団 体 名 : \_\_\_\_\_

◇ 代 表 者 名 : \_\_\_\_\_ ◇ 代 表 者 連 絡 先 : \_\_\_\_\_

◇ 住 所 : 〒 \_\_\_\_\_

◇ 参 加 希 望 教 室 : \_\_\_\_\_

◇ 参 加 希 望 日 : 全 日 程 参 加 ( ) / 一 部 参 加 ( 日 に ち : )

しめい 氏 名	性別	年齢	障がいの種類	現住所	HP等への 写真掲載	備考
例) <small>きょうかい</small> 協会 太郎	男	26	身体	佐賀市	○	手話通訳希望

※介助者もご記入ください。

※4日前までのご提出をお願いいたします。

申込先 : 一般社団法人佐賀県障がい者スポーツ協会 〒840-0851 佐賀市天祐1-8-5 担当: 岩寄、藤井  
TEL : 0952-24-3809 FAX : 0952-24-3818 Mail : sagaspokyoiwasaki@eos.ocn.ne.jp