

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

受付No. \_\_\_\_\_

## 令和3年度 障がい者スポーツ教室 参加申込書

教室名			
参加希望日	全日程参加 ( ) ※全日程参加の方は○	一部参加(日程:	)
出張スポーツ	※ご希望の日時、場所、内容をご記入ください。		
ふりがな			
参加者氏名	( 男 ・ 女 )		
生年月日	昭 ・ 平	年 月 日生	( 歳 )
連絡先	【住所】 〒 - ※当教室等の様々な資料を郵送するために上記住所を使用させていただいてもよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※当てはまる方に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 電話 ( ) - ※当日、連絡のつく電話番号を記載してください。 ( 所属先 ・ 勤務先 ・ 学校 ) _____		
障がいの種類	1. 身体 2. 車いす利用 3. 視覚 4. 聴覚 5. 知的 6. 精神 7. 内部		
障がい名	(障害手帳に記載されている内容)		
HP等への写真の掲載	※主催者による写真や動画の撮影、ホームページ・SNS等への写真の掲載についての承諾 <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない ※当てはまる方に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
介添者	氏名：	(参加者との続柄：	)
	氏名：	(参加者との続柄：	)
手話通訳の希望	要約筆記の希望	補装具等の使用状況	

⚠4日前までのご提出をお願いいたします⚠

注1) この票は、1人(1団体)につき1部作成してください。

注2) 団体での申し込みの場合は、別紙の団体申込書にてご提出ください。

注3) 先着順及び初参加者を優先させていただきます。

注4) 出張スポーツ教室希望の団体は、申し込み後に打ち合わせをさせていただきます。

注5) 教室中に写真や動画を撮影し、協会HPやSNSへ投稿させていただく場合がございます。

同意できない場合には遠慮なくお申し付けください。

※ 取得した個人情報は、本教室運営に必要と認められる目的以外に利用もしくは第三者への開示、提供は行いません