

出張スポーツ教室申込書(2月分)

所属 _____

〒 _____

住所 _____

(団体の場合は担当者名)

氏名 _____

電話 _____ ファクシミリ _____

参加する日程に○を付けてください。

- 1 県央部 2月21日(火) 徳島市・障害者支援施設 眉山園:多目的ホール
(13時30分～15時30分)
- 2 県西部 2月3日(金) 三好市・障害者支援施設 箸蔵山荘:ゆうゆうホール
(13時00分～15時00分)
- 3 県南部 2月20日(月) 小松島市・徳島赤十字ひのみね総合医療センター:多目的室
(13時30分～15時30分)

番号	ふりがな氏名	年齢	性別	該当する障害分野、所属等に○をつけて下さい	備考 (手話・要約等)
1				肢体 視覚 聴覚 内部 知的 精神 家族 職員 総合型地域スポーツクラブ会員	
2				肢体 視覚 聴覚 内部 知的 精神 家族 職員 総合型地域スポーツクラブ会員	
3				肢体 視覚 聴覚 内部 知的 精神 家族 職員 総合型地域スポーツクラブ会員	
4				肢体 視覚 聴覚 内部 知的 精神 家族 職員 総合型地域スポーツクラブ会員	
5				肢体 視覚 聴覚 内部 知的 精神 家族 職員 総合型地域スポーツクラブ会員	

※備考欄に手話通訳・要約筆記の必要な方は、ご記入下さい。

5名以上の場合は、コピーしてお使い下さい。

※参加費は、無料です。運動のできる服装、体育館シューズをご用意下さい。

送付先 徳島県障がい者スポーツ協会 (F A X 088-634-2020)
(電話 088-634-2000)

※FAX の場合は必ず電話で着信の確認をお願いします。