団体競技サポート強化事業・育成「ソフトボール」参加申込書

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
〒

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（団体の場合は担当者名）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ﾌｧｸｼﾐﾘ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加する日程に〇を付けてください。

第1回目　　5月14日（日）
（午前9時30分～正午）
第2回目　　10月22日（日）
（午前9時30分～正午）
第3回目　　11月12日(日）
（午前9時30分～正午）

番号	ふりがな 氏名	年齢	性別	**緊急連絡先** （事業が中止になった等の連絡に使用します。）	療育手帳の有無	送迎希望の有無
1					**有・無**	**有・無**
2					**有・無**	**有・無**
3					**有・無**	**有・無**
4					**有・無**	**有・無**
5					**有・無**	**有・無**

※　会場は、鳴門市衛生センターグランドです。（鳴門市撫養町木津200）
※　送迎の発着場所は、徳島県立障がい者交流プラザです。（正面玄関前にお越し下さい。）
※　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、シューズをご用意下さい。
※　グローブをお持ちの方は、御持参下さい。

送付先　徳島県障がい者スポーツ協会（ＦＡＸ　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。