

団体競技サポート強化事業・競技育成「バスケットボール」参加申込書

所属
〒 _____

住所
(団体の場合は担当者名)

氏名

電 話 _____ FAX _____

参加する日程に○を付けてください。

1回目 9月9日(土): 10時00分～12時00分

2回目 10月14日(土): 10時00分～12時00分

3回目 12月24日(日): 14時00分～16時00分

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
1					有 ・ 無
2					有 ・ 無
3					有 ・ 無
4					有 ・ 無
5					有 ・ 無

- ※ 会場は、徳島県立障がい者交流プラザ 体育館です。(徳島市南矢三町2丁目1-59)
- ※ 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、体育館用シューズをご用意下さい。
- ※ 参加者は、女子とさせていただきます。

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。