

令和6年度障がい者スポーツ推進事業委託

地域障がい者スポーツ教室（伊賀・名張地域）参加申込書【団体用】（FAX可）

三重県障がい者スポーツ支援センター 宛

（TEL：059-231-0800 FAX：059-231-0801）

※開催日2週間前 締切

所属名：_____ 代表者名：_____

郵便番号：_____ 住所：_____

T E L：_____

| No | ふりがな 参加者名 | 性別 | 年齢 | 障がいについて（該当箇所に○印） | 参加日 | 配慮が必要なこと |
|----|---------------|---|-----|---|-----------------|-------------|
| 例 | ふりがな ○○ ○○ | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | ○△歳 | 肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい その他（ ） | 8/24（土）、12/7（土） | こまめな水分補給が必要 |
| 1 | | 男 女 | 歳 | 肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい その他（ ） | | |
| 2 | | 男 女 | 歳 | 肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい その他（ ） | | |
| 3 | | 男 女 | 歳 | 肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい その他（ ） | | |
| 4 | | 男 女 | 歳 | 肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい その他（ ） | | |
| 5 | | 男 女 | 歳 | 肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい その他（ ） | | |

※記入欄が足りない場合は、お手数ですが、この用紙をコピーしてご使用ください。