

障害者車いすバスケットボール教室申込書

ふりがな		性 別	
氏 名		1. 男 2. 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
保護者名			
住 所	〒 ー		
電話番号	()	FAX番号	()
メールアドレス			
障害の 種類			
所属施設 (学校) 名	電話番号 ()		
質 問	<参加に当たり、配慮が必要なことがあれば記載してください> (手話通訳や要約筆記が必要な場合もこちらにご記入ください)		
	<車いすバスケットボール経験> なし ・ あり <経験ありの場合> 遊び程度 ・ 学校の授業程度 ・ 習い事程度 ・ 競技レベル <div style="text-align: right;"> 大会参加歴 (大会名等) 所属チーム () </div>		

《受付処理欄》

受付日 令和 年 月 日 区 支援課 受付者 _____

※受付後、障害政策課 ノーマライゼーション推進係までお願いします。