

第3回交流スポーツ吹き矢大会 申込書

(郵送・FAXでお申込みの場合は、申込先まで確認の連絡をお願いします。)

京都市障害者教養文化・体育会館 館長 京都市障害者スポーツセンター センター長		[申込日] 年 月 日	
申込者の氏名(ふりがな)		申込者の住所 〒()-()	
		電話 () -	
		FAX () -	
年齢	歳	性別	男 ・ 女
障害の有無	あり ・ なし ※ありの場合は下欄に障害名をご記入ください。		身体 級
障害名	※手帳の記載どおりにご記入ください。		療育 A ・ B
			福祉 級
手帳の障害以外に疾病, 怪我, 発作などがあればご記入ください。			
該当する□にチェックを入れてください。			
該当区分	<input type="checkbox"/> 体育会館「スポーツ吹き矢体験会」参加経験者 <input type="checkbox"/> センター「スポーツ吹き矢教室」受講経験者		
出場種目	<input type="checkbox"/> 6mの部 ・ <input type="checkbox"/> 8mの部		
会場への交通手段	<input type="checkbox"/> センター発の臨時送迎バスを利用する <input type="checkbox"/> 体育会館の定期送迎車(地下鉄竹田駅⇔体育会館)を利用する <input type="checkbox"/> 公共交通機関を利用する <input type="checkbox"/> 直接, 車で体育会館へ行く		
特記事項があればご記入ください。			
※備考欄 (体育会館・センター記入)			受付者

*上記の個人情報は、当該目的以外には使用しません。