障害者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	〒　　－		
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）		
	〈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 大会参加暦（大会名等　　） 所属チーム（　　）		

《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。