

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	〒			
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。