

障害者ボッチャ教室申込書

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	()
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)		
	<ボッチャ経験> なし ・ あり 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。