

## 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	〒 一		
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。