

車イスバスケットボール体験会 申込書

申込記入欄

①参加者氏名 フリガナ	②所属		④性別	⑦保護者・責任者氏名
	③年齢	歳		
⑤住所		⑥電話番号		
〒		本人 ()		
		緊急 ()		
⑧運動経験	未経験 ・ 経験あり ()		可 ・ 不可	
⑩障害種別	障がい名 ()			
	車イス使用	あり ・ なし	無 ・ 申請中 ・ 有	

※参加を希望する開催日程に○をお書きください。

1月9日(土)	1月16日(土)	1月24日(日)	1月30日(土)

【送信先】 特定非営利活動法人青森県障害者スポーツ協会
 【FAX】 017-728-8092 【Mail】 npo.adsa@gmail.com