

滋賀県立障害者福祉センター

平成29年度 スポーツ教室受講申込書

希望の教室に○をつけてください。

はじめてスイム	
初心者アーチェリー	

フリガナ  
受講者氏名

男・女 年齢 歳(2017年4月1日現在)

(生年月日 西暦 年 月 日生)

フリガナ  
保護者氏名

男・女 年齢 歳

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

障害名 \_\_\_\_\_

○現在特別支援学校に在学されている場合は学校名を記入してください。

( \_\_\_\_\_ )

○当センター利用者カードの有無について

有 無 ※持っておられない方は作っていただくようにご協力をお願いします。

★申込みにあたって記載していただいた個人情報は、本教室運営上ならびにセンター利用上に関する目的以外で使用することはありません。

受付者 \_\_\_\_\_

受付日 \_\_\_\_\_