

## 障害者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)	
	<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 大会参加歴(大会名等) ( ) 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。