

申込先 佐賀県文化・スポーツ交流局スポーツ課 担当：大坪
〒840-8570 佐賀市内1丁目1番59号
TEL：0952-25-7334 FAX：0952-25-7375
Email：sports@pref.saga.lg.jp

障害者スポーツ体験教室(水泳競技除く) 参加申込書

受付No. _____

【参加申込書記入者】 参加者本人 参加者本人以外〔記入者： _____ / 電話(_____) _____ 〕

★新型コロナウイルス感染症感染防止対策 同意確認★

申込にあたっては、下記事項を御確認のうえ、に必ずしてください。

- 本申込書に記載した個人情報、万が一、教室参加者に感染者が確認された場合、保健所など関係機関への情報提供に使用されることを承諾します。
- 新型コロナウイルス感染症を発症した場合、教室主催者(上記申込先)へ直ちに報告します。また、発症者と濃厚接触があった場合も同様に報告します。

体験競技名		参加日	月 日
ふりがな			
参加者氏名	(男・女)		
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	(歳)	
連絡先住所	(学校・施設名)		
	(自宅住所) _____ 電話(_____) _____ 緊急連絡用:電話(_____) _____		
障害区分	1. 知的 2. 身体 (視覚・聴覚・車椅子・上肢・下肢) 3. 精神 4. 内部 (ぼうこうまたは直腸機能障害)	競技経験	1. 全くない 2. やったことがある程度 3. 定期的に練習している 4. その他(_____)
介添者 (どちらかに○をつけて ください)	あり	氏名： _____	(参加者との続柄： _____)
	なし	氏名： _____	(参加者との続柄： _____)
保護者氏名(※1)			
体格(※2)	身長： _____ cm	体重： _____ kg	
HP等への写真掲載 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> してください)	<input type="checkbox"/> 主催者による写真の撮影、ホームページ・SNS等への写真の掲載について承諾します。		
運動する際の留意点 (具体的に)	例: 常に介添者が必要、ボールを極端に怖がる、まっすぐ走ることができない 等		

※1開催年度4月1日現在で18歳未満の方は記入してください。

※2差し支えがなければ御記入ください。

注1)この票は、1人につき1部作成してください。

注2)今回取得した個人情報につきましては、教室開催以外の目的には使用しません。