

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 佐賀市城内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) 参加申込書

【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、口に必ず✓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。

(各教室での必要事項をご記入ください)

競技名	水 泳		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() -				
緊急連絡先(参加者本人が受講中に万が一の事が起こった場合のご連絡先)					
氏名	参加者との続柄		()	-	
障害区分	1. 知的	泳力調査	1. 顔をつけられない	2. パタ足ができる	
	2. 身体 (視覚・聴覚・車椅子・上肢・下肢)		3. クロールができる()m	4. 背泳ぎができる()m	
			5. 平泳ぎができる()m	6. バタフライができる()m	
			7. その他()		
介添者	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	
運動する際の留意点 (具体的に)	例：常に介添者が必要、大きな音が苦手 等				
HP等への写真掲載 (□に✓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。				
健康申告	循環器系疾患	なし・あり	→		
	呼吸器系疾患	なし・あり	→		
	耳鼻科関係	なし・あり	→		
	眼科関係	なし・あり	→		

※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。