

「知って・学んで・支えよう」第1回 障害者スポーツ講習会 / 申込書

受付日：平成 29 年 月 日

ふりがな			
氏 名			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生 歳
住 所	〒 _____		
	TEL : _____	携帯 :	_____
横浜ラポール 利用者カード	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/> [No _____]		
障害の有無	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/> [障害 _____]		
	※聴覚障害者で通訳者の必要な方 [手話通訳者 <input type="checkbox"/> ・ 筆記通訳者 <input type="checkbox"/>]		
『本講座の事をどこで知りましたか』 <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者スポーツ文化センター 横浜ラポール [] ・ 横浜ラポールホームページ [] ・ 区役所 [] ・ 区スポーツセンター [] ・ 地区センター [] ・ 社会福祉協議会 [] ・ その他 [] 			
受講の動機	※必ずご記入ください。		
スポーツ 活動歴			
備 考			

※ 記載された個人情報については、本講座以外には使用いたしません。

横浜ラポール スポーツ課（施設運営担当）