

申込書

受付日：平成 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"/>]		
『本講習の事をどこで知りましたか』			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 港南区社会福祉協議会[] ・ 港南区社会福祉協議会ホームページ[] ・ 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[] ・ 港南区役所[] ・ 港南区スポーツセンター[] ・ ハマスポ[] ・ 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、本講習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）