

～スクエアボッチャ普及プロジェクト～
みんなdeつながるスクエアボッチャ 参加申込書 (R7.1/25開催)

※郵送、FAXでの申込みの場合は、申込先まで確認の連絡をお願いします。

京都市障害者スポーツセンター センター長		申込日：令和 年 月 日		
いずれかに✓印を記入してください。				
<input type="checkbox"/> 個人(1人)で申し込む		<input type="checkbox"/> チーム(2～6人)で申し込む		
※個人参加の場合は主催者側でチームを編成します。また申込みの状況に応じて、主催者側でチームを再編成しますのでご了承ください。				
(ふりがな)				
チーム名	(※個人申込みの場合は記載不要)			
(ふりがな)	障害の有無	年齢	性別	
氏名	あり・なし		男・女	
(※チームの場合は代表者氏名を記入してください)				
手帳の種類と障害	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他			
※○を付けてください。	※障害名を手帳の記載どおりにご記入ください。			
住所	〒			
電話番号 ※日中連絡がとれる番号	FAX番号			

※参加者全員(上記の個人・代表者名および介助者を含む)の氏名等を以下に記入してください。

	氏名(ふりがな)	年齢	性別	障害の分類
参加者			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他 6. 障害なし
			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他 6. 障害なし
			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他 6. 障害なし
			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他 6. 障害なし
			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他 6. 障害なし
			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他 6. 障害なし
			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他 6. 障害なし

駐車スペースに限りがありますので、公共交通機関での来場にご協力ください。

①車での来館	なし	・	あり
②車での来館理由			
③車種			
④ナンバー		⑤色	

※ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※広報紙、マスメディア等に写真や個人名が掲載されることがありますので、あらかじめご了承ください。

※上記の個人情報は、当該目的以外には使用しません。

受付者