

令和2年度障がい者スポーツ推進事業委託
ボッチャ初心者教室 申込書

フリガナ	
名 前	
性 別	男 ・ 女
年 齢	歳
住 所 及び 連 絡 先	〒 (緊急時に連絡のとれる電話番号をお書きください) TEL () - FAX () -
車いすの使用	なし ・ あり < 電動 ・ 手動 >
勤務先・学校名等 (所属先)	
ボッチャの経験について	1、初めて 2、少し経験したことがある 3、練習を始めて () 年

FAX、メール又は郵送にてお申込みください

(FAXの方は電話にて送受信のご確認をお願いします。)

社会福祉法人三重県厚生事業団

三重県身体障害者総合福祉センター 障がい者スポーツ推進課

TEL: 059-231-0800 FAX: 059-231-0801