

令和7年度障がい者スポーツ推進事業委託

地域障がい者スポーツ教室（伊賀・名張地域）参加申込書【団体用】（FAX 可）

三重県障がい者スポーツ支援センター 宛

（TEL：059-231-0800 FAX：059-231-0801）

※開催日2週間前 締切

所属名： 代表者名：

郵便番号： 住所：

T E L：

No	ふりがな 参加者名	性別	年齢	障がいについて（該当箇所に○印）	参加日	配慮が必要なこと
例	ふりがな ○○ ○○	男 女	○△歳	肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい 精神障がい・その他（ ）	8/23（土）、11/9（日）	こまめな水分補給が必要
1		男 女	歳	肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい 精神障がい・その他（ ）		
2		男 女	歳	肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい 精神障がい・その他（ ）		
3		男 女	歳	肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい 精神障がい・その他（ ）		
4		男 女	歳	肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい 精神障がい・その他（ ）		
5		男 女	歳	肢体不自由・肢体不自由（車いす） 視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい 精神障がい・その他（ ）		

※記入欄が足りない場合は、お手数ですが、この用紙をコピーしてご使用ください。