

平成30年度 庄原市障害者スポーツ体験会 フライングディスク
参加申込書



次のとおり申込みます。

平成30年 月 日

ふりがな		学校名	学校	学年	年生
氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	年齢 歳
住所	〒 市 町	電話番号	—	—	性別 男・女
		フライングディスク経験	有 ・ 無		
障害の有無	有 ・ 無	障害の等級	級		
障害名		車椅子使用	有 ・ 無		

上記の者について、参加することに同意します。（高校生以下は、保護者の同意が必要です。）

保護者氏名 _____ (印)

【申込先】 庄原市教育委員会教育部生涯学習課スポーツ振興係

〒727-8501 庄原市中本町一丁目10番1号 ☎ 0824-73-1196 FAX : 0824-73-1254