

卓球クリニック

4期募集！

日 程 第4期 2/5 (日)

時 間 10:30~11:30

対 象 障害児・者及び中高齢者

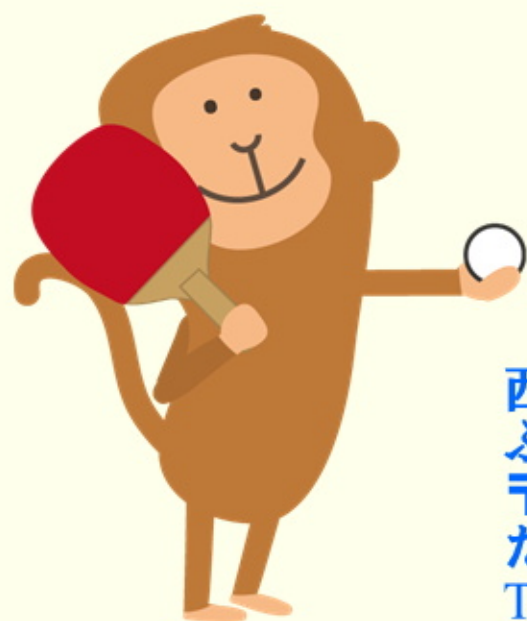
参加費 1回 210円

定 員 15名

申込方法：申込用紙に必要事項を記入し、
FAX／郵送／持込にてお申込下さい。

＊申込締切：第4期 12/22 (木) ～1/22 (日) まで

＊申込先着順で、定員になり次第締め切らせて頂きます。



西播磨総合リハビリテーションセンター
ふれあいスポーツ交流館

〒679-5165

たつの市新宮町光都1-7-1

TEL 0791-58-1313

FAX 0791-58-1323

平成28年度 ふれあいスポーツ交流館「卓球クリニック」 受講申込書

日時	2月5日(日) 10:30～11:30
----	---------------------

ふりがな 受講者氏名			性別 男・女	年齢 歳
付添者	なし・あり(氏名) *本人との関係()			
住所・連絡先	〒()			
	TEL ()		FAX ()	
身体障害		知的障害	精神障害	その他の障害
肢体・視覚・聴覚・内部 級		A・B・B2	1・2・3 級	
障害名 (手帳記載の障害名)				
車いす使用	有り・無し	その他装具の使用があれば()		
持病	高血圧・糖尿病・てんかん・その他()			
服薬の有無	有り・無し 薬名()			
身長	cm	体重	kg	
【指導員に伝えたいこと】				

※ ご記入いただいた個人情報は、本スポーツ事業における関係業務に使用し、その他の目的で使用することはありません。

職員記入欄

※受付日 H 年 月 日	受付番号
※受付者氏名()	

<送付先> ふれあいスポーツ交流館 FAX番号 0791-58-1323