

卓球クリニック

第Ⅰ期

みんなと一緒に卓球しよう！！

日時：8/27（日）

時間：10：30～11：30

定員：15名

対象：障害児、者・中高齢者

参加費：200円

申込方法：申込用紙に必要事項を記入し
FAX／郵送／持参にてお申込ください。

申込：7月21日～8月21日
当日締め切り有効

〒679-5165

たつの市新宮町光都1-7-1

TEL (0791)-58-1313

FAX (0791)-58-1323

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

平成29年度 ふれあいスポーツ交流館 受 講 申 込 書

教室名	卓球クリニック	始めて参加 ・ 2回目以上
-----	---------	---------------

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
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