

卓球クリニック

第Ⅳ期

みんなと一緒に卓球しよう！！

日時：2/3（土）

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：12月20日～平成30年1月27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

受講申込書

教室名	卓球クリニック(月 日)	初めて参加 ・ 2回目以上
-----	---------------	---------------

ふりがな				性別	男 ・ 女	年齢	歳
受講者氏名							
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