

卓球クリニック

みんなと一緒に卓球しよう！！

日時：① 9 / 2 (日)
② 10 / 21 (日)

時間：10：30～11：30

定員：20名



対象：障害児・者・小学校5・6年生～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：平成30年7月22日～平成30年8月19日

当日締め切り有効

※教室を欠席される場合は、必ず当館まで連絡してください。

〒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30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		初めて参加 ・ 2回目以上	
参加日程	① 9月2日（日）		←※参加可能な日に○をつけてください。	
	② 10月21日（日）			
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・B1・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