**令和６年度 障害者アスリートマルチサポート事業**

**公　開　講　座**

　参　　加　　申　　込　　書

★期日：令和6年11月16日（土）13：00～15：00

★会場：兵庫県立障害者スポーツ交流館

★電話での申込みはできません。

★郵送・FAXでの申込みのみ受付いたします。

★申込先　〒神戸市西区曙町1070　兵庫県立障害者スポーツ交流館　川口・矢倉宛

　　　　　　 FAX　０７８－９２７―８０２２

★健常者の方は、お名前、保護者氏名（18歳以下の方）、連絡先住所のみ記載ください。

★講義の中で実技も実施するため、体育館シューズを持参し、運動動しやすい服装でご参加ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団　体　名　　 （所属している方のみ） |  | 生年月日  昭 ・ 平　　　年　　　月　 日　生  （どちらかに〇）  年　　齢　　　　　　　歳  学　　年　　□中 　□高　　　年生  (□には☑をつけてください)  性　　別　　□男　□女 |
| 個　人　名 | ふりがな |
| 保護者氏名 18歳以下の選手のみ記入 |  |  |
| 連絡先住所  日中連絡の取れる  電話番号 | 〒  住所：  電話：  FAX： | |
| **障　害　名　等** | 《身体障害者手帳・療育手帳内容をご記入のうえ、該当内容に〇をつけてください》  障害等級：　　　　種　　　級　/　　療育　A ・　B1　・　B2  障 害 名:  補装具　　あり ・ なし | |

・本申込書内の個人情報は、守秘し本事業以外に使用しません。

　・本事業中の写真撮影は、主催者の許可されたものに限ります。

・キャンセルされる場合、必ず事務局へご連絡ください。