

兵庫県立障害者スポーツ交流館 年間特別利用申請

総合リハビリテーションセンター所長 殿

主催団体名	種目名
提出者住所 (郵便が届くように)	
提出者氏名	TEL
	携帯電話
	FAX
	Mail

正式大会名 (イベント名)	大会規模				
	国際	全国	西日本	近畿	県内
※ 期間：令和7年4月1日～令和8年3月31日 ※ 本用紙は、大会ごとに提出して下さい ※ 施設の1面とは、バスケットコート1面分		形態	アリーナ	利用時間	他部屋
利用 ←太枠は未記入のまま	前日準備	大会等	1面 2面	開館時間は9:00~21:00のため時間内	観覧席 控室
第1希望	月 日 ()			: ~ :	
第2希望	月 日 ()			: ~ :	
第3希望	月 日 ()			: ~ :	

大会開催時の主催団体名を全て記入して下さい	ボランティア要請が必要な場合は人数を記入して下さい
「 」	「 」 名のボランティアを希望します ※ただし、希望に添えない場合はご了承下さい (<input type="checkbox"/>) ※不要な場合は左記に☑を記入して下さい

参加予定人員 (人数を記入)	日程	障がい者(選手)						小計
		肢体	視覚	聴覚	内部	知的	精神	
	/							
	/							
	/							
	日程	健全者(介護者)				小計	総合計	
		選手	役員	介護	見学			
	/							
	/							

貸し出し希望用具

- 放送設備(マイク等)
- ホワイトボード「 」台
- 長机「 」台
- パイプ椅子「 」脚
- 支柱
- 防球フェンス
- 得点板
- 電光掲示板(卓上タイプ)
- 電光掲示板(備付けタイプ)
- その他()

.....以下は未記入.....

大会種別	() 障がい者・() 障がい者年少・() 一般・() 一般年少
------	-------------------------------------

「利用許可書」	(要担当者印)
令和 年 月 日 第 号	
上記利用を許可します	兵庫県知事 担当： 印

料金	円 確かに領収いたしました。
/	円
/	円 令和 年 月 日
/	円
兵庫県立障害者スポーツ交流館 担当： 印	