令和　5　年度

（　リフレッシュ教室　　）　受講申込書

●太枠内にご記入ください

ふりがな		性　別	
氏　名		男	女
生 年 月 日	昭・平　　年　　月　　日生（満　　歳）		
住　所	〒　（　　－　　）		
連　絡　先	（　　）　　－		
緊急時連絡先	（　　）　　－　　続柄（　　）		
メールアドレス	@		
障がい名			
保護者氏名	※ご本人が、未成年または知的障がいのある方のみご記入ください。 印		

スポーツ安全保険について

加入済	新　規	加入希望なし

加入番号	加入予定日	種 類	対　象　者	金　額
	年　月　日	□A1	中学生以下 特別支援学校高等部	800 円
		□C	高校生以上（64歳以下）	1,850 円
		□B	65歳以上	1,200 円

福岡市立障がい者スポーツセンター主催のスポーツ教室の受講を申し込みます。

年　月　日

受　付		保　険		担 当
受付者	入 力	記 入	振込み	

＜あて先＞
福岡市立障がい者スポーツセンター
TEL(092)511-1132　FAX(092)552-3447