令和５年度　リハビリ教室　　受講申込書

●太枠内にご記入ください

ふりがな		性　別	
受講希望者 氏　　名		男	女
ｽﾎﾟｰﾂｾﾝﾀｰ 利用証番号	AS		
住　　所	〒　（　　－　　） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
連　絡　先	（　　）　　－		
緊急時連絡先 （携帯など）	（　　）　　－　　続　柄 （　　）		
ＭＡＩＬ	@		
年　　齢	教室開講時　　満（　　）歳		
施設名			
障がい名			
保護者氏名	※受講希望者が未成年または知的障がい者のみご記入（押印）下さい。 印		

スポーツ安全保険について（補償期間：令和６年３月３１日まで）

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	□C	高校生以上（64歳以下）	1,850 円
		□B	高校生以上（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。

令和　　年　　月　　日

＜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

受　付		保　険		担 当
受付者	入 力	記 入	振込み	
				松崎（まつざき） 萩原（はぎわら）