令和5年度　ボッチャ交流教室　受講申込書

●太枠内にご記入ください

ふりがな		年　齢	性　別	
氏　　名		満　　歳	男	女
スポーツセンター利用証番号	NO. AS			
住　　所	〒　（　　－　　）			
連　絡　先	（　　）　　－			
緊急時連絡先	（　　）　　－　　続　柄（　　）			
メールアドレス	@			
学校名または施設名				
障がい名				
保護者氏名	※受講申込者が未成年または知的障がい者のみご記入（押印）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	1,850 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	
				山本（佳） 松崎