地域スポーツ活動支援（講師派遣）事業　申込書

送付先住所：〒３３０－８５２２

　　　　　　　　 さいたま市浦和区大原３－１０－１　埼玉県障害者交流センター内

　　　　　　　　 一般社団法人埼玉県障害者スポーツ協会

FAX：０４８－８２２－１１２１

|  |  |
| --- | --- |
| **団体名** |  |
| **ご担当者名** |  |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| **メールアドレス** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **希望種目** | ① | □体験会を希望　□教室を希望 |
| ② | □体験会を希望　□教室を希望 |
| **①希望種目****希望日時** | ①令和　　　年　　　　月　　　　日 | □9:00 □13:00　　　□17:30 |
| 　～12:00　　　～17:00　　　～20:00 |
| ②令和　　　年　　　　月　　　　日 | □9:00 □13:00　　　□17:30 |
| 　～12:00　　　～17:00　　　～20:00 |
| **②希望種目****希望日時** | ①令和　　　年　　　　月　　　　日 | □9:00 □13:00　　　□17:30 |
| 　～12:00　　　～17:00　　　～20:00 |
| ②令和　　　年　　　　月　　　　日 | □9:00 □13:00　　　□17:30 |
| 　～12:00　　　～17:00　　　～20:00 |
| **会場** | 会場名： |
| 住　 所： |
| 施　 設：（例：グラウンド・会議室等）※おおよそで構いませんので、広さ（幅・奥行等）もご記入ください |
| **募集範囲** | （例：○○市居住者のみ、近隣学校と合同開催、入居者とご家族等） |
| **参加人数****障害種** | 　 　　名 | 肢体：　　名 | 視覚：　　名 | 聴覚：　　名 | 内部：　　名 |
| 知的：　　名 | 精神：　　名 | 障害なし：　　名 |
| **その他****連絡事項** | 過去に希望競技を体験したことがある等、参加者の状況を簡単にご記入ください。 |