

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

F A X: 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	<input type="checkbox"/> 体験会を希望 <input type="checkbox"/> 教室を希望
	②	<input type="checkbox"/> 体験会を希望 <input type="checkbox"/> 教室を希望
①希望種目 希望日時	①令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 9:00 ~12:00 <input type="checkbox"/> 13:00 ~17:00 <input type="checkbox"/> 17:30 ~20:00
	②令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 9:00 ~12:00 <input type="checkbox"/> 13:00 ~17:00 <input type="checkbox"/> 17:30 ~20:00
②希望種目 希望日時	①令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 9:00 ~12:00 <input type="checkbox"/> 13:00 ~17:00 <input type="checkbox"/> 17:30 ~20:00
	②令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 9:00 ~12:00 <input type="checkbox"/> 13:00 ~17:00 <input type="checkbox"/> 17:30 ~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、入居者のご家族等)	
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。	