障害者向け水泳教室　申込書

令和　　年　　月　　日

フリガナ 参加者氏名	 （ 男 ・ 女 ）
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒
連 絡 先	電話番号: メール　:
付添介助者 氏　　名	《氏名》　　《続柄》
手帳種別 愛の手帳〇度 障害者手帳〇級	愛の手帳＿＿＿＿度　　障害者手帳＿＿＿＿級
参加希望日	参加希望日に〇をつけてください。介助者の付添が必要です。 【知的障害者向け】 5/25　7/27　10/26　12/21　2/22 【身体障害者向け】 6/22　9/28　11/23　1/25　3/22
備　考	

駐車場は利用できません。
（駐車場が利用できないと来場できない理由がある場合は担当までご相談ください。）

一般社団法人中野区体育協会　あて

上記のとおり「水泳教室」に参加を申し込みます。
なお、参加者は医師に水泳を禁止されていません。参加時には注意事項を守ります。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者または介助者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（参加者が未成年または知的障害者の場合）