第２３回東京都障害者スポーツ大会ボランティア

【 参 加 申 込 書 】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先（または学校名） |  | 所属部署等（学部学科等） |  |
| スポーツ経験（活動歴・指導歴） |  |
| 氏名　 |  | 氏名カナ |  |
| 生年月日（西暦） | 　　　年　　　　　月　　　　日　 | 電話番号 | -　　　　　　　　- |
| Email | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 〒 |
| 緊急連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　-　　　　　　　　　-　　　　　　　　　 |
| 参加可能日 | 参加可能日に〇をつけてください。【　5月21日（土）　・　5月22日（日）　・　5月28日（土）　】　※複数日可 |
| 備考 |  |

※生年月日は保険加入のため必要となります。必ずご記入してください。

※ご記入いただいた個人情報は、大会運営に必要と認められる目的以外には利用いたしません。

※申込後、大会の約１週間前を目安に詳細を上記住所へお送りいたします。人数調整が必要となった場合は抽選とさせて頂く場合がございますのでご了承ください。その際は改めてご連絡致します。