東京都多摩障害者スポーツセンター
TEL:042-573-3811　FAX:042-574-8579
メールアドレス:tama_kyoushitu@tsad.or.jp

# スポーツ教室　参加申込書
# 【飛び込みスタート練習会】 9月5日

**＊水泳記録会参加申込団体指導者の方が対象となります。**

| 【教室開催日時】 | 場所 | 定員 | 申込締切 |
|---|---|---|---|
| 9月5日(金)<br>18:00～20:00 | プール | 15名 | 8月15日 |

| 受付 ☑ |
|---|
| |

## ●参加者情報　※お申込の方は以下の太枠内をご記入ください

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 利用証有無 | 利用証番号 |
| 氏名 | 団体名:(　　) | 有　・　無 | -<br>年齢　　歳 |
| 住所 | 【〒　　-　　】 | ※未成年者の方は保護者の同意の上署名記入 | |
| | | 保護者署名: | |
| 連絡先 | TEL: | FAX: | |
| メールアドレス | | | |
| 障害について | 【障害名】 | 障害等級 | 種　級　度 |
| | 車いす使用の有無　あり　・　なし | ※障害のない方は右記□にチェック✓ | □ |

| 質問事項 | 当てはまる方を〇で囲む | ※ありの方のみ詳細事項のご記入お願い致します |
|---|---|---|
| 1, 医師からの運動制限や留意点、薬の服用等 | あり　・　なし | |
| 2, 障がい者手帳に記載されている以外の病気など | あり　・　なし | |
| 3, 当センタースポーツ教室参加経験 | あり　・　なし | |
| 4. 水泳指導の指導歴 | あり　・　なし | 分かる範囲でご記入ください。<br>【　　】ヶ月　・　年 |
| 5. 日頃から飛び込み指導をしているか | している　・　していない | |

＜注意事項＞

※お預かりした個人情報は、本教室運営に必要な目的以外には使用いたしません。

※当日は主催による撮影をいたします。撮影した写真等はウェブサイトや広報物等に使用する場合がございます。撮影に同意していただける方は、別紙「写真・映像等のウェブサイトやパンフレット等への掲載同意書」に署名し、参加当日にご持参ください。

※参加決定の可否については、開催14日前程度に送付する封書をご確認ください。