

知的・発達障がい者 サッカー教室 参加申込書

ふりがな		性別	年齢	生年月日
氏名				年 月 日
自宅住所	〒			
	TEL	FAX		
	携帯			
	E-mail			
ふりがな		参加者との間柄		
保護者				
ふりがな				
学校名				
サッカー経験	あり ・ なし		ありの場合 (年)	
参加資格確認 (○をつけて下さい)	① 知的障害 療育手帳 有 ・ 無			
	② 発達障害 判定 有 ・ 無			
今後、イベントなどの情報提供を希望する		希望する		希望しない
備考欄				
大会に関する 要望・質問 など				