

第12回 健康福祉プラザ フライングディスク大会 申込書

ふりがな				性 別
氏 名				男 ・ 女
障 害 ○でお囲みください	知的 / 精神 / 視覚			年 齢 歳
	聴覚 → (手話通訳希望 ・ 要約筆記希望 ・ どちらも不要)			
	肢体不自由 → (車いす使用 ・ 杖使用 ・ クラッチ使用)			
	その他 ()			
介 護 者	有 ・ 無 ※「有」に○を付けられた方のみ、介護者と一緒に競技エリア内に入ることが可能です。			
住 所	〒 -			
連 絡 先	【TEL】		【FAX】	
参加競技 ○でお囲みください	ディスタンス競技	右投げ 左投げ	座位で投げる ・ 立位で投げる ・ 不参加 ※座位で投げる方へ 椅子が必要な方は()に○を付けてください。→ ()	
	アキュラシー競技	右投げ 左投げ	5m ・ 7m ・ 不参加 ※5mでの競技が難しい方はスポーツセンターにご相談ください。	
会場までの 交通手段 ○でお囲みください	車 ・ バス ・ 自転車 ・ 他 () <u>お車でお越しの方は、障害者手帳等をお持ちいただくと駐車料金が終日無料です。</u>			

以下の記入欄につきましては、競技に参加せず付き添いのみの場合は記入の必要はありません。
 競技に参加される介護者またはご家族のみご記入ください。(ディスタンス、アキュラシーどちらかひとつの参加も可能です。)

ふりがな				性 別	年 齢
介護者またはご家族 の氏名				男 ・ 女	歳
参加競技 ○でお囲みください	ディスタンス競技	右投げ ・ 左投げ	座位で投げる ・ 立位で投げる ・ 不参加		
	アキュラシー競技	右投げ ・ 左投げ	5m ・ 7m ・ 不参加		

令和 年 月 日 申込みます。

※ご記入いただきました個人情報、並びに主催者が撮影した写真・映像は個人情報保護条例を遵守し、当センターの情報誌、ホームページ掲載のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

堺市立健康福祉プラザスポーツセンター

TEL : 072-275-5029 FAX : 072-243-4545

FAXでお申込みの方は受信確認のお電話をお願いします。