Fax送付先 047－705－4223

　　第2回目

平成30年度掘り起こし事業（卓球競技）

　　卓球教室・交流試合参加申込書

申込期日：平成30年12月1(土)～平成31年3月1日(金)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者名 | ふりがな氏名 | 所属先名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　年　　月 　 日　　才　（　男　・　女　） | 該当に○ | 知的障がい　身体障がい | 特記事項 | \*何か知らせておく事がある場合 |
| 自宅住所 |  　　〒　　　－　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　電話　　　　（　　　）　　　　　 携帯電話　　　　（　　　）　　　　　Fax 　　　　（　　　）　　　　　 |
| 勤務先 | 　　　　　　　　　　　　（勤務している場合）勤 務 先 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先住所　〒　　　－　　　　　　 住所 　　　　 　　　　　電話　　　　（　　　）　　　　　 　 Fax　　　　（　　　）　　　　　 |
| 連絡先に○ | **\*当協会から連絡する場合下記のいずれですか？**　自宅電話・携帯電話・勤務先・それ以外注１ いずれかに○をつけてください。注２ それ以外に○をつけた方は右欄に記入下さい。 | 連絡先名　　　　　　　　　　 　　  電話　　　 （　　　）　 　　　 Fax　　　 （　　　）　　 　　 |

**申込書及び同意書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

千葉県障がい者卓球協会会長 殿

　私は、上記申込書にて申し込みます。私の個人情報のうち、本大会開催の傷害保険加入に使用するために必要な情報の使用に同意するとともに、（一社）千葉県障がい者スポーツ協会及び千葉県障がい者卓球協会HPへの本大会時の写真の提供について同意します。

申込者名　　　　　　　　　　　　　　　印