**千葉県知的障害者陸上教室及び記録会参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加回数 | 第１回第２回＊いずれかに○印 | 参加者名 |  | 所属先名 |  |
| 生年月日 | 19　　　年　　　 月 　 　日　　　　　才（　男　・　女　） | 参加者 | 指導者障害児者県代表選手＊いずれかに○印 | 特記 | 希望種目を記入（何種目でも可能。但し県スポ種目のみ） |
| 自宅住所 |  〒　　　－　　　　　　 電話　　　　（　　　）　　　　　 fax　　　　（　　　）　　　　　 |
| 勤務先住所 | 〒　　　－　　　　　　 電話　　　　（　　　）　　　　　 fax　　　　（　　　）　　　　　 |
| 連絡先 | ・当協会から連絡する場合下記のいずれですか？　自宅・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○をつけた方は左欄に記入下さい。 | 連絡先名　　　　　　　　　　　　 電話　　　　（　　　）　　　　　 fax　　　　（　　　）　　　　　 |
| ※研修で勉強したいこと、日ごろのスポーツ支援での疑問、意見等があればご自由にお書き下さい。できる限り研修でお答えします。 |

申込書及び同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

千葉県知的障害者陸上競技協会長　殿

　私は、上記申込書にて申し込みます。申込にあたって、私の個人情報のうち、本事業教室開催にあたって氏名及び所属先の公表、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、マスコミ取材に応じることに同意します。

申込者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印