**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(8/24)  第２回(2/26)  ＊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　） | | | 参加者区分 | 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。但し障害者スポーツ大会種目のみ）  ・  ・  ・ |
| 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