Fax送付先 047－705－4223

　　　第１回目

令和４年度卓球競技体験会卓球教室・交流試合参加申込書

申込期日：令和4年9月9(金)～令和4年11月21日(月)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  ○ | 1.知的障がい  2.身体障がい  3.精神障がい | | 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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和４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