

令和7年度障がい者スポーツ教室
水泳教室 申込書

ふりがな			性別	男・女
受講者氏名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
現住所	〒 —			
TEL	-	-	携帯電話	-
携帯メールアドレス				
手帳の有無	※取得されている手帳に○を記入ください。 手帳を取得されていない方は手帳なしに○を記入してください。 身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 手帳なし			
障がいの状況	(手帳通り記載してください。手帳がない方は詳しい状況をご記入ください。)			
経験について	今まで参加したことのある大会に○をつけてください。 1) 福岡障がい者水泳記録会 (福岡市障がい者スポーツ大会) 2) 全国障害者スポーツ大会 (水泳競技)			
記録について	直近で計測した記録をご記入ください。 計測年月：令和 年 月 種目： 記録： 計測年月：令和 年 月 種目： 記録：			
全国大会希望	令和8年度以降の全国障害者スポーツ大会福岡市代表への申込みを希望しますか？ 希望する ・ 希望しない ※「希望する」方には、申込み時期になりましたら書類を郵送します。(3月頃) ※令和7年度全国障害者スポーツ大会の申込みを希望される方は4月30日(水)が締切となっております。募集要綱等は当協会ホームページ等で確認してください。			
所属団体等名 (学校・施設名)				
保護者氏名 (所属長名)			印	※18歳未満の方は保護者等同意の上、お申込みください。
備考欄	健康上の注意点等があればご記入ください。			

- ※ 記録用として撮影した写真を、当協会のホームページや協会ニュース、市や関係団体の催し等に掲載、展示することがありますので予めご了承ください。
諸事情により、写真の掲載等が難しい方は上記の備考欄にその旨ご記入ください。
- ※ FAX、メールで申込みの際は、必ず電話にて送信確認を行って下さい。
また、保護者氏名欄の記入がある方は、初回の教室時に申込書の原本を担当にお渡しください。

【申込み及び問合せ先】 (特非) 福岡市障がい者スポーツ協会 担当：小城
 〒 810-0062 福岡市中央区荒戸3丁目3番39号 福岡市市民福祉プラザ3階
 TEL 092-781-0561 FAX 092-781-0565
 メール fukuoka@suporeku-fuku.com