障害者スポーツ体験会

**対　象**

県内に住居する障害のある方，保護者，障害者スポーツに関心のある方等

無料

**参加費**

下記連絡先までＦＡＸまたはＥメールでお申込ください。（第1回，第３回のみ）

**申込方法**

　茨城県障害者スポーツ・文化協会　　担当：山本・酒井

ＦＡＸ：０２９－３０１－３３７８　（TEL：０２９－３０１－３３７５）

E-Mail：supokyo5@bz04.plala.or.jp

　１．運動ができる服装と室内シューズ（第1回，第３回）でご参加ください。

**注意事項**

　２．飲み物等は各自で準備し，十分な水分補給を心がけてください。

　３．健康状態がおもわしくない，または健康及び安全管理上問題があると主催者が判断した場

合は参加を中止させることがありますので，ご了承ください。

**その他**

　　　　　　　１．主催者は，申込書等の個人情報について本事業の目的以外に使用しません。

　　　　　　　２．主催者は，撮影した写真をホームページ等への掲載や広報活動に使用することがあります。

　　　　　　　３．傷害保険等は，主催者で団体保険に加入しますが，必要な方は個人でご加入ください。

　　　　　　　４．健康，安全管理は各自において十分留意すること。主催者においては，応急処理を除き一切

　　　　　　　　　責任を負わないものとする。

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

参 加 申 込 書　〔障害者スポーツ体験会〕

FAX番号：０２９－３０１－３３７８

酒井　行き

第１回　→　１１月１日（金）まで

第３回　→　１２月６日（金）まで

**申込期限**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加希望に○ | 第1回（1１月１０日）  会場：県立水戸特別支援学校 | | 第3回（12月14日）  会場：下妻市立総合体育館 | |
| （フリガナ）  氏　名 |  | 性　別 | | 男　・　女 |
|  | 生年月日 | | S・H  　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 住　所 |  | 所属先  または  学校名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |
| 障害の種類 | 肢体・視覚・聴覚・内部・知的・精神・その他（　　　　　　　 　　　　　　） | | | |
| 車椅子使用 | 有（ 手動 ・ 電動 ） ・ 無 |  | | |
| その他 | 健康状態等，特に伝えておきたいことをご記入ください。※てんかんがある場合は，ご記入ください。 | | | |
| 当日の  引率者 | 氏　名：  連絡先： | 続柄： | | |