

# 教室参加申込書

No. \_\_\_\_\_

教室名		ボッチャを楽しもう！ 無料体験教室	
住所		〒	
		TEL ( )	
フリガナ	性別 男 ・ 女		
氏名	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
★各種障害者手帳をお持ちの方はご記入ください。			
障がい名	杖・装具 ( )		
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳		
障がい種別	<input type="checkbox"/> 肢体 (車いす・立位) <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 重複		
☆お申込にあたり、希望するサポートなどが必要な場合はご記入下さい。			

※本書にご記入いただいた個人情報は、本事業以外の目的には使用しません。

健康上、特に問題ありませんので、「ボッチャを楽しもう！無料体験教室」の参加を申し込みます。

参加にあたっては、下記の各事項にご同意の上、お申込みください。

- 教室開催のために収集した個人情報は、当該教室に関する連絡や主催者の他の行事のご案内等に使用させていただくほか、法令に定める場合を除き、ご本人の同意を得ることなく第三者に開示・提供することはありません。
- 教室開催中に撮影された映像 (写真・ビデオ) については、主催者の広報紙、ホームページ、フェイスブック等に掲載・使用する場合がありますのであらかじめご了承ください。