

めざせ！大阪市障がい者スポーツ大会  
ステップアップ講習会 参加申込書

参加区分を  
チェックして  
ください。

- フライングディスク 3/9(土)    ボッチャ 3/16(土)  
 選手として参加    地域または学校で、競技に取り組んでいる指導者・支援者として参加

ふりがな			年 齢	歳
お名前			( 中・高 年 )	
現 住 所	( 〒      -      )			
連 絡 先	電 話:(      )      -      ファックス:(      )      -	メー ル: _____ @ _____		
(市外在住の方) 勤務先/学校名	(所在地)			
障がいにつ いて (重複するも の全てに○)	種別 *ボッチャは 肢体不自由のみ	肢体・視覚・聴言・内部・知的・精神・その他・なし		
	程度	種 級		
	障がい名	*原疾患や手帳記載内容をもとにご記入ください。		
*ボッチャのみ ボールの貸出	希望する・希望しない			
*ボッチャのみ ランプの貸出	希望する・希望しない			
(18歳未満の方の受講について) 本体験会に参加することを承認します		保護者名 _____		

下記の項目に必ずお答えください。(合否には関係しません)

1)競技経験について該当するものに☑を記入してください。

- 地域の大会に出場したことがある、または指導者・支援者として参加したことがある  
 大会に出場したことはないが、日頃練習している、または練習を指導・支援している  
 この競技をするのははじめて  
 他の競技をしている(競技名: \_\_\_\_\_ )

2)今回の講習会を受講される目的、目標を記入してください。

例・・・投げ方を教えてほしい、ルールや戦術について詳しく知りたい など

( \_\_\_\_\_ )

3)その他、障がいのことや最近の体調、注意すべき行動など、指導者に伝えておきたいことがあればお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

\*ご記入いただいた個人情報は、本事業における関係業務に使用し、その他の目的で使用することはありません。

\*講習中に撮影した画像は、当センターの事業記録、周知ポスターなどに使用する場合があります。

受付日: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_、受付者: \_\_\_\_\_