

アスリート応援プロジェクト

申込書

ふりがな		障がい
氏名		肢体・視覚・聴言・内部 知的・精神・発達・その他
電話番号		居住地
		市内 ・ 府下 ・ 他府県

競技種目	
------	--

希望日	希望時間に○をつけてください	SC 確認欄
12月 日 ()	① 9:45～12:00 ② 13:00～15:00 ③ 15:00～17:00	
12月 日 ()	① 9:45～12:00 ② 13:00～15:00 ③ 15:00～17:00	
12月 日 ()	① 9:45～12:00 ② 13:00～15:00 ③ 15:00～17:00	

*アリーナの利用状況によっては、ご希望に添えない場合があります

*利用エリアは、要相談。

*練習用具は、各自でご用意ください

*練習後は、モップがけをお願いします

申込締切：11月30日(月)

受付者

受付日 /