

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・聴覚・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	
------	--

※ 練習を希望する日に○をつけてください。

○	日 時	○	日 時
	4/1 (木) 9:30~12:00		4/14 (水) 9:30~12:00
	4/1 (木) 15:00~17:00		4/22 (木) 9:30~12:00
	4/5 (月) 9:30~12:00		4/22 (木) 15:00~17:00
	4/7 (水) 9:30~12:00		4/26 (月) 9:30~12:00
	4/12 (月) 9:30~17:00		4/28 (水) 9:30~12:00
	4/12 (月) 15:00~17:00		4/30 (金) 9:30~12:00

*申し込み多数の場合は、抽選となります

*利用エリアは、1/4コート

*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：3月19日（金）

受付者
受付日 /