

申込書送付先 FAX:0852-32-5982 (佐藤行)

令和6年度 島根県障がい者バレーボールクラブ参加申込書

*太枠内の必要事項をご記入ください。

申込日： 年 月 日

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男性	
氏名					<input type="checkbox"/> 女性	
住所	〒					
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	年齢 (※R6.4.1現在)	歳
緊急連絡先	本人連絡先 (携帯電話があれば)					
	保護者連絡先① 記入例：(母携帯) 090-0000-1111					
	保護者連絡先②					
参加希望日 (希望する日に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> ①9/21(土)益田養護学校 <input type="checkbox"/> ⑦1/19(日)大田小学校 <input type="checkbox"/> ②9/22(日)大田小学校 <input type="checkbox"/> ★1/26(日)益田養護学校 ※知的女子のみ <input type="checkbox"/> ③10/13(日)出雲養護学校 <input type="checkbox"/> ⑧2/16(日)大田小学校 <input type="checkbox"/> ④11/17(日)大田小学校 <input type="checkbox"/> ★2/23(日)益田養護学校 ※知的女子のみ <input type="checkbox"/> ⑤12/14(土)益田養護学校 <input type="checkbox"/> ⑨3/16(日)出雲養護学校 <input type="checkbox"/> ⑥12/15(日)大田小学校 <input type="checkbox"/> ★3/23(日)益田養護学校 ※知的女子のみ ※会場の変更があった場合は、本会HPにてお知らせします。					
運動や活動について配慮事項等						