

2017国際親善女子車椅子バスケットボール大阪大会
フレンドシップジュニアレッスン 申込書

ふりがな		年齢	性別	生年月日
名前		歳 小・中・高 年生	男・女	年 月 日生
住所(自宅)	〒		電話番号	
障がい名 (手帳記載通り)				
等級				
重複している障がいがある場合は ご記入ください				
スポーツ場面等で配慮が必要な方は、 その内容をご記入ください				
車椅子使用の有無 (日常生活において)	あり ・ なし			
ジュニアレッスンの際、競技用車椅子の貸し出しを希望しますか？	はい ・ いいえ ※ 希望される場合は身長をご記入ください _____ cm			

下記のアンケートにご協力ください

質 問 欄	回 答 欄
車椅子バスケットボールの経験がありますか？	はい ・ いいえ
どんなことを選手から教えてもらいたいですか？ また、どんなことをしたいですか？	
今回参加しようと思った理由を教えてください	
過去に国際親善車椅子バスケットボール大阪大会を見に来たことがありますか？	はい ・ いいえ
他に何かスポーツをされていますか？	はい ・ いいえ (「はい」の場合は種目: _____)

この申込書に記入された事項は、当事業のためだけに使用し、その他の目的には使用いたしません。
また、事業開催中に撮影した画像は、大会の事業記録等に使用するため、ご了承ください。