

2019国際親善女子車いすバスケットボール大阪大会

日本生命フレンドシップジュニアLESSN 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)	〒		保護者の 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				
車いす使用の有無 (日常生活において)	あり ・ なし			
競技用車いす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		
<b>(保護者確認欄)</b> 日本生命フレンドシップジュニアLESSNの運営目的を確認・了承のうえ、上記の者の参加申し込みをいたします。				
保護者名 _____ 印				
※ご記入いただいた個人情報につきましては、日本生命フレンドシップジュニアLESSNの運営以外の目的には使用いたしません。				

下記のアンケートにご協力ください

質問欄	回答欄
車いす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	
過去に国際親善車いす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。