送付先　熊本県障がい者支援課　FAX：０９６－３８３－１７３９

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 性　　　別 |
| 氏　名 |  | | | | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 大正  昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  平成 | | | | 年　　　齢 |
| 【　　　　　】歳  (令和3年12月19日現在) |
| 住　所 | 〒 | | | | |
| TEL |  | FAX | |  | |
| 所属・（学　年） | 所属【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　（　　　　年） | | | | |
| 障がいの有無  (〇をつけてください) | 有　（ 　肢体　 　視覚　　 聴覚・平衡、音声、言語 　　知的　 　内部　 　精神）  無 | | | | |
| 参加時の配慮事項 |  | | | | |
| 家族や知人等のグループで体験・見学を希望される場合は、下記に希望者をお書き下さい。 | | | | | |
| ※〇をつけてください  体験希望  見学希望  介助者 | フリガナ | | 年齢 | | |
| 氏　名 | | TEL | | |
| 住　所　〒 | | | | |
| ※〇をつけてください  体験希望  見学希望  介助者 | フリガナ | | 年齢 | | |
| 氏　名 | | TEL | | |
| 住　所　〒 | | | | |
| ※〇をつけてください  体験希望  見学希望  介助者 | フリガナ | | 年齢 | | |
| 氏　名 | | TEL | | |
| 住　所　〒 | | | | |

パラ体験会申込書　【 競技体験　・　見学 ※○をつけてください】