

【第1回卓球競技掘り起し事業】

千葉県障がい者卓球教室・千葉ネオリオンズクラブ卓球大会 参加申込書

試合(千葉ネオリオンズクラブ卓球大会)に参加せず、卓球教室を一日希望する事もできます。

下記に希望するものに○をしてください。(指導者は卓球教室のみ)

- 1 卓球教室と千葉ネオリオンズクラブ卓球大会に参加する
- 2 卓球教室を一日希望する

参加者名			所属先名			
生年月日	西暦 年 月 日 才 (男・女)	該当に ○	知的障がい 身体障がい 県代表選手 指導者	特記事項	*何かある場合にお書きください	
自宅住所	〒 _____ - _____ 電話 _____ () _____ fax _____ () _____					
勤務先住所	〒 _____ - _____ 電話 _____ () _____ fax _____ () _____					
連絡先に○	*当協会から連絡する場合 下記のいずれですか? 自宅・勤務先・それ以外 注1 いずれかに○をつけてください。 注2 それ以外に○をつけた方は右欄に記入下さい。			連絡先名 _____ 電 話 _____ () _____ f a x _____ () _____		

開催日:平成29年12月9日 申込締切日:平成29年11月30日

申込書及び同意書

平成 年 月 日

千葉県障がい者卓球協会会長 殿

私は、上記申込書にて申し込みます。申込にあたって、私の個人情報のうち、本事業教室開催にあたって氏名及び所属先の公表、傷害保険加入に使用するために必要な情報の使用に同意するとともに、マスコミ取材に応じることに同意します。また(一社)千葉県障がい者スポーツ協会及び千葉県障がい者卓球協会HPへの本事業時の写真の提供について同意します。

申込者名 _____ 印