

パラボウリング教室

参加申込書

氏名		フリガナ		
代表者	〒 _____			
連絡先	TEL ()	FAX ()		
	携帯 ()	E-mail:		
No.	フリガナ	年齢	身体障害（肢体・視覚・聴覚・内部）	投球台使用 該当者は○
	参加者氏名	性別	知的障害・精神障害・健常者	
1		才	身体障害（肢体・視覚・聴覚・内部）	投球台使用
		男・女	知的障害・精神障害・健常者	
2		才	身体障害（肢体・視覚・聴覚・内部）	投球台使用
		男・女	知的障害・精神障害・健常者	
3		才	身体障害（肢体・視覚・聴覚・内部）	投球台使用
		男・女	知的障害・精神障害・健常者	
<p>備考（ご希望、ご意見等がありましたら、ご自由にお書き下さい）</p> <p>希望の日にちを書いて下さい</p> <div style="text-align: right;">  </div>				

※上記の個人情報は、パラボウリング教室に関する目的のみに使用させていただきます。

申込先： 大分県障がい者ボウリング協会
〒879-5101 由布市湯布院町塚原505-7
FAX : 0977-85-2900
E-mail : bhpuh733@outlook.jp
締め切り後問合せ先 080-3900-4715（羽田野）19:00～21:00対応可