

# ねむのき会館 ボウリング大会参加申込書

令和            年            月            日

ふりがな											性 別
氏 名											男 ・ 女
生年月日	昭和 平成            年            月            日 (            歳)										
住 所	〒										
	電 話： (            )										
	携 帯： (            )										
	F A X： (            )										
E-mail:											
緊急連絡先	名 称：										
	電 話： (            )										
	携 帯： (            )										
勤務先・施設・在籍校	名 称：										
<b>該当するところに○印をつけてください</b>											
障害区分	肢 体 不 自 由	視 覚 障 害	聴 覚 ・ 音 声	内 部 障 害	知 的 障 害	情 緒 障 害	精 神 障 害	そ の 他 の 障 害	介 護 ・ 家 族	福 祉 関 係	一 般
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
備 考	靴のサイズ _____ センチ ※忘れずに記入してください。										

申込先：青森県身体障害者福祉センター「ねむのき会館」

F A X 0 1 7 - 7 3 8 - 0 7 4 5 (送付状は不要です)

※申込締切は1月30日(月)です。なお、定員になり次第締め切りますのでご了承ください。