

障害者フライングディスク体験会 申込書

申込日： 年 月 日

参加者氏名	フリガナ	男 ・ 女	年齢
			才
住 所	〒		
T E L			
M A I L			
保護者・支援者 氏名			
T E L			
M A I L			
参加者以外 で来場される 方の氏名	フリガナ	該当する項目に○を 付けてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・一緒に参加する ・同行のみ
	フリガナ	該当する項目に○を 付けてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・一緒に参加する ・同行のみ
	フリガナ	該当する項目に○を 付けてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・一緒に参加する ・同行のみ
	フリガナ	該当する項目に○を 付けてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・一緒に参加する ・同行のみ

※ 申込書に記載いただきました個人情報については、当体験会の目的以外には使用いたしません。