送付先　熊本県障がい者支援課　FAX:096－383－1739

パラ体験会申込書【 競技体験 ・ 見学 ※○をつけてください】

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 (○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。

※○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 〒	
※○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 〒	
※○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 〒	