

# ボッチャ審判講習会 申込書

※郵送・FAXでのお申込みの場合は、申込先まで確認の連絡をお願いします。

京都市障害者スポーツセンター センター長		[申込日] R3 年 月 日		
(ふりがな) 氏名		電話 ( ) -		
		FAX ( ) -		
住 所	〒 -			
所 属 (団体名等)				
年 齢	歳	性 別	男 ・ 女	
障害の有無	あり ・ なし			
障 害 名	※ 手帳の記載どおりにご記入ください。		身 体	級
			療 育	A ・ B
			福 祉	級
介助者の 有無	あり ・ なし			
介助者 氏名		電話 ( ) -		

以下の新型コロナウイルス感染拡大防止対策を遵守して、  
参加することに同意します。

チェック欄

- ・当日、または過去2週間に体調の異常や新型コロナウイルス感染症陽性と判断された方との濃厚接触がある場合は、参加を自粛してください。
- ・次の項目を遵守してください。  
マスクの着用にご協力ください。こまめな手洗い、手指消毒を行う。  
他の人との距離を確保する。大声を出さない。その他感染防止のルールを守る。

**駐車場はご利用いただけません。公共交通機関での来場にご協力ください。**

※広報紙、マスメディア等に写真や個人名が掲載されることがありますので、  
あらかじめご了承ください。

担当者	受付者