

令6年度地域支援事業 申込書

施設、当事者向け

申込日 令和 年 月 日

埼玉県障害者交流センター 所長宛

施設・団体名

住所

電話・FAX

代表者名

申込み担当者名

標記の事業について、下記のとおり申込みいたします。

日時	第1希望日	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
日時	第2希望日	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
実施会場	(会場名)	会場の広さ (例: 体育館バスケットコート1面程度 施設内多目的室100㎡程度など)			
	(住所)				
	(電話)				
対象者	人数	当事者 名	スタッフ 名	合計 名	
	障がい別内訳	①肢体 名	②知的 名	③視覚 名	④聴覚 名
		⑤言語 名	⑥内部 名	⑦精神 名	その他 名
年代	①10歳以下 名	②10~20歳代 名	③30~50歳代 名	④60歳以上 名	
その他	今回の目的に一番近いものにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 体力づくり、運動不足解消(肥満防止等)のための運動をしたい <input type="checkbox"/> スポーツレクを中心にみんなで楽しみたい <input type="checkbox"/> その他()		施設で定期的な運動等の時間がありますか <input type="checkbox"/> 定期的に行っている <input type="checkbox"/> 今現在は行っていないが、予定がある <input type="checkbox"/> 特になし		

希望予定日の3ヶ月前までに持参、郵送、FAXにてお申込みください。

【お問い合わせ】埼玉県障害者交流センター スポーツ担当(地域支援)

〒330-8522 さいたま市浦和区大原3-10-1 [電話]048-834-2248[FAX]048-834-3333

本用紙に記載されている個人情報については、事業目的以外使用いたしません。