

## スポーツ吹矢大会 参加申込書

ふりがな		年 齢	性 別	TEL:           -           -
氏 名			男・女	FAX:           -           -
住 所	〒			
競技種目	5m(5m以下も含む)	6m	8m	血圧の治療について (該当するところに○印をしてください。)
障害の有無等 (該当するところに○印をしてください。)	◆ 障害の有無 ( 有 ・ 無 ) (視覚・聴覚・肢体・内部・知的・精神・情緒) ◆ 車椅子使用 ( 有 ・ 無 ) ◆ 手話通訳 ( 必要 ・ 不要 ) ◆ 当センター利用者カード( 有 ・ 無 )			◆ 現在「血圧」の治療をしていますか。 ・ している ⇒当センターで血圧測定をしてから受付を行ってください。 (場合によっては参加していただけないことがありますのでご了承ください。) ・ していない

★ご記入いただいた個人情報につきましては、「スポーツ吹矢大会」ならびにセンター利用上に関する目的以外で使用することはありません。

★主治医から運動前の血圧値について指示が出ている方は、時間に余裕をもってお越しいただき、当センターで血圧を測定してください。

★職員およびボランティアは介助者としてつくことはできません。

受付日

受付者