

平成30年度 みんなでボッチャ 参加申込書

ふりがな 氏 名	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日 (歳)
住 所	〒 TEL FAX
E-mail	
障害名	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A B <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 () (新潟県障害者交流センター利用証番号：)
その他	※教室に参加するにあたってのご希望や注意点等、ございましたご記入ください。

※ご記入頂いた個人情報は、本目的以外では使用致しません。

新潟県障害者交流センター