

(様式第1号)

課長	課長補佐	係長	係
----	------	----	---

### 障害者スポーツ体験会 申込書

刈谷市社会福祉協議会の障害者スポーツ普及啓発事業へのご依頼にあたり、下記の内容をよくお読みいただいたうえで必要事項をご記入ください。なお、代表者の方は、参加される皆様に下記の内容を周知していただくようお願いいたします。

1. 障害者スポーツ体験会に参加するうえで、事前に十分健康状態であることを各自で判断し、参加してください。
2. 当協会では傷害保険に加入しており、その範囲以内で保障されます。
3. 台風などの自然災害や、社会情勢など状況に応じ、やむを得ず体験会を急遽中止または延期する場合がございます。
4. 体験中の活動を撮影いたします。この写真データは、今後の活動において、SNS等で使用させていただく場合がございます。

使用に関しまして差し支えがあるときは、予めお知らせください。

5. 職員の派遣は、午前9時から午後5時までとし、施設休館日等に実施を希望される場合は事前にご相談ください。日程等により、希望に添えない場合があります。
6. ご提示いただいた個人情報は、個人情報保護法の趣旨にのっとり、本会にて適切に管理し、お客様との連絡時及び緊急連絡時のみに利用いたします。

#### 申込者記載欄

これをもって、上記内容を承諾し、代表者として体験の申し込みをいたします。

令和 年 月 日

[申込情報]

申込者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

団 体 名			
住 所 (代 表 者)	〒		
連 絡 先 (代 表 者)			
日 時 ・ 会 場	月 日 ( ) 時～	会場 :	
参 加 人 数	人	見 学 者 数	人
区 分 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 学校関係 <input type="checkbox"/> 児童・生徒 <input type="checkbox"/> 高齢分野 <input type="checkbox"/> 障害分野 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 市民 <input type="checkbox"/> その他 ( )		