

～新潟医療福祉大学・SHAINプロジェクト presents～

スペシャルオリンピックス日本・新潟

ヘルシーアスリートプログラム&ユニファイドスポーツ体験会

参加申込書

《開催日： 2018年10月28日（日）》

申込日： 2018年 月 日

申込先 FAX番号：025-378-0172
E-mail：son_niigata@son.or.jp
(スペシャルオリンピックス日本・新潟 事務局)

| | | | |
|---------|---------|---------------------|-------------------|
| ふりがな | | | |
| 氏名（連絡者） | | | |
| 連絡先 | メールアドレス | | |
| | 電話番号 | 当日連絡が取れる番号(携帯電話番号可) | FAXがある場合は記入してください |

| 参加者氏名 | 所属先(学校や職場など) | 参加希望 | | | 性別 | 年齢 |
|-------|--------------|------|-------|-------|----|----|
| | | 両方参加 | HAPのみ | 体験会のみ | | |
| ～記入例～ | | | | | | |
| 〇〇 〇〇 | ◎◎◎ | ○ | | | 男 | 25 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

申込み締切：2018年10月24日（水）

※ご記入いただいた個人情報は本イベントおよび当法人の管理運営目的のみ使用し、取り扱いには細心の注意を払います。