

令和8年度地域支援事業 申込書

埼玉県障害者交流センター 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、下記のとおり申し込みいたします。

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 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	⑨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	
備 考	※ご希望の種目や実施内容(例:楽しく身体を動かしたい、ボッチャ体験・試合、軽運動中心など)、参加者の状況に応じた配慮事項、ご質問・ご要望等がございましたらご記入ください。				

希望予定日の2ヶ月前までに持参、郵送、FAX、メール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

[E-mail] sports@kouryu.net

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。