

「聴覚障害者のバレ-ボール練習会」参加申込書

ふりがな (代表者)氏名	
所属名 (団体・学校など)	
(代表者)住所 又は団体所在地	〒
電話/FAX	(TEL) (FAX)
参加者全員の氏名(競技経 験の有・無)をご記入ください	
備考	

※ 申し込み方法

下記宛、期限までに郵送またはFAXでお申し込みください。

※ 申し込み先

〒162-0823 新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ12階
公益社団法人東京都障害者スポーツ協会 担当 本田宛
TEL 03-5206-5586 FAX 03-5206-5587

※ 個人情報の取り扱いについて

本練習会の申込みにおいて知り得た個人情報は、本練習会運営に関する目的以外には、
利用又は第三者に開示及び提供することはありません。また、申込書は練習会終了後、
適切に破棄いたします。