

ス ポ 第 155 号  
令和 6 年 4 月 12 日

関 係 各 位

佐賀県SAGA2024・SSP推進局  
スポーツ課競技力向上推進室長  
( 公 印 省 略 )

「パラスポーツ教室」(令和6年度)の開催について(通知)

平素よりパラスポーツの振興につきまして、格別な御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本県では、SAGAスポーツピラミッド構想に基づき、障がいのある方がスポーツを継続して楽しむことができる環境を整備し、身近にスポーツを楽しむ機会を増やすため、(一社)佐賀県パラスポーツ協会に業務を委託し、「パラスポーツ教室」を開催しております。

標記教室について、令和6年度の日時・場所・競技等が別添のとおり決定しましたので、お知らせいたします。

貴所属内で広くお知らせいただき、参加を希望される方には教室開催4日前までに、お申込みいただきますよう御周知の方よろしくお願いいたします。

【申込み及び問合せ先】

一般社団法人佐賀県パラスポーツ協会(受託事業者)

担 当 : 波佐間、岩寄、藤井

住 所 : 佐賀市天祐1丁目8番5号

電 話 : 0952-24-3809

FAX : 0952-24-3818

メール : [saga-spokyo@shirt.ocn.ne.jp](mailto:saga-spokyo@shirt.ocn.ne.jp)

担当 : 佐賀県SAGA2024・SSP推進局スポーツ課  
競技力向上推進室パラスポーツ担当 白濱  
電話 : 0952-25-7334 FAX : 0952-25-7546

申込先 一般社団法人 佐賀県パラスポーツ協会 担当：波佐間、岩嵯、藤井 〒840-0851 佐賀市天祐1-8-5 TEL：0952-24-3809 FAX：0952-24-3818 Email：saga-spokyo@shirt.ocn.ne.jp	※事務局記入欄 受付日：令和 年 月 日 受付者 No.
--	------------------------------------

## 令和6年度 パラスポーツ教室 参加申込書

申込日：令和 年 月 日

教室名			
参加希望日	全日程参加 ( )	一部参加(日程: )	
	※全日程参加の方は○		
ふりがな			
参加者氏名	( 男 ・ 女 )		
生年月日	昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日生	( 歳 )
連絡先	【住所】 〒  ※当教室等の様々な資料を郵送するために上記住所を使用させていただいてもよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※当てはまる方に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 電話 ( ) - ※当日、連絡のつく電話番号を記載してください。 ( 所属先名 ・ 勤務先名 ・ 学校名 ) _____		
障がいの有無	1. 有	2. 無	※障がい者優先とする為、募集定員に応じて健常者の申込みをお断りする場合がございます。
障がいの種類	1. 肢体	2. 車いす利用	3. 視覚      4. 聴覚      5. 知的 6. 精神      7. 発達(準ずる障がいも含む)      8. 内部      9. その他
障がい名	(障がい者手帳等に記載されている内容)		
HP等への写真の掲載	※主催者による写真や動画の撮影、ホームページ・SNS等への写真の掲載についての承諾 <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない ※当てはまる方に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
介添者	氏名： (参加者との続柄： )		
手話通訳の希望	要約筆記の希望	補装具等の使用状況	

### ※1週間日前までにお申込みください

- 注1) この票は、1人(1団体)につき1部作成してください。  
 注2) 団体での申し込みの場合は、別紙の団体申込書にてご提出ください。  
 注3) 先着順及び初参加者を優先させていただきます。  
 注4) 教室中に写真や動画を撮影し、協会HPやSNSへ投稿させていただく場合がございます。  
 同意できない場合には遠慮なくお申し付けください。  
 注5) やむを得ず、申し込み後に教室をお休みされる場合は、必ずご連絡をお願いいたします。  
 ※ 取得した個人情報、本教室運営に必要と認められる目的以外に利用もしくは第三者への開示、提供は行いません。  
 注6) 障がい者優先の教室である為、定員を満した場合は、健常者の申込みをお断りさせていただく場合がございます。

# 令和6年度 パラスポーツ教室 参加申込書 【団体用】

※事務局記入欄

受付日：令和 年 月 日

受付者 No.

- ◇ 団体名： \_\_\_\_\_
- ◇ 代表者名： \_\_\_\_\_
- ◇ 住所： 干 \_\_\_\_\_
- ◇ 参加希望教室： \_\_\_\_\_
- ◇ 参加希望日： 全日程参加( ) / 一部参加(日にち： )

※連絡先電話番号は、常時連絡がつく電話番号をお願いいたします。

しめい氏名	性別	年齢	障がいの有無	障がいの種類	現住所	HP等への写真掲載	備考
例) 協会 太郎	男	26	有	身体	佐賀市	○	手話通訳希望

