

～視覚に障害のある方の～

クライミング教室

★前期のご案内★

- 日 程：月 1 回（日曜日）
5月17日、6月21日、7月19日、8月16日、9月20日
- 時 間：10：00～11：30
- 場 所：障害者スポーツセンター体育館
- 対 象：視覚障害者および関係者
- 参加費：前期2,000円（5月～9月） / 後期2,000円（10月～3月）
- 持ち物：屋内シューズ、タオル、飲み物 等
- その他：送迎を希望する場合は乗降希望場所を記入してください。



【申込先】〒781-0313
高知市春野町内ノ谷1-1
障害者スポーツセンター 担当：永島
TEL：088-841-0021
FAX：088-841-0065

令和 年 月 日 クライミング教室参加申込書 永島 行

(ふりがな) 名 前		年 齢	性 別	障 害 名	写 真 の 使 用
		歳	男・女		可・不可
(ふりがな) 名 前		年 齢	性 別	障 害 名	写 真 の 使 用
		歳	男・女		可・不可
住 所	〒 ー		TEL： ー ー		
			携 帯： ー ー		
備 考			送 迎		