# アーチェリー入門②教室

## 初級認定取得を目指しましょう！

日　　時　平成 27 年　1 月 10・17・24・31 日・ 2 月 7・14・21・28 日（土曜日）
13：00～14：30　　全 8 回
※バックアップ　平成 27 年　3 月 7・14 日（土曜日）13：00～14：30

場　　所　東京都障害者総合スポーツセンター　洋弓場

受講資格　高校生以上の身体障害者（全 8 回中、6 回以上参加できる方）

内　　容　①初級認定取得を目指します。
②安全にアーチェリーを行うためのルール・マナー・技術の習得を目的とします。
※教室 6 回目（2 月 14 日）に日常利用へ向けた「安全講習会」の参加は必須になります。
またバックアップシステムとして教室参加者のうち希望者の方には一般利用の中で
サポートします。

定　　員　8 名

申込期間　平成 26 年 11 月 29 日（土）～12 月 20 日（土）

申込方法　下記の申し込み用紙に必要事項を記入し、郵送かファックス又は来館にてお申し込みください。(定員を超えた場合は抽選にて決定いたします。受講決定次第はがきにて御連絡いたします。決定通知到着は開催日 2 週間前を予定しております。)

申 込 先　〒114-0033　東京都北区十条台 1-2-2
東京都障害者総合スポーツセンター　教室担当宛
TEL：03-3907-5631　　FAX：03-3907-5613

---------- き　り　と　り ----------

## 「アーチェリー入門②教室」受講申込書　H26

| 利用証 No. | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 受付日　　月　　日　受付者（　　） | | | |
| ふりがな<br>氏 名 | | 男・女 | 才 | 障害名 | | 等級 | 種　級 |
| 住 所 | 〒　　－ | | | | TEL／FAX　　（　　） | | |
| 右記の項目についてお知らせください | （該当する箇所を〇で囲み、また{　　}内にご記入ください）<br>1 医師からの運動制限　なし ・ あり　ありの方はその内容{　　}<br>2 薬の服用　なし ・ あり　ありの方はその名称{　　}<br>3 アーチェリー教室の参加経験　なし ・ あり→どの程度できますか？下の{　}内に記入ください<br>{　　}<br>4 利き手　右　・　左<br>5 移動手段　車椅子・ 立位<br>6身体的に配慮が必要な方は、その内容をご記入ください。<br>{　　}<br>7 この教室を何で知りましたか？<br>館内掲示・ホームページ・スタッフ・広報誌{広報誌名 | | | | | | |

※お預かりした個人情報は、本教室運営に必要な目的以外には使用いたしません。