

2015 ビームライフル交流体験会

実施要項

- 1 目的 本体験会はビームライフル競技の普及と振興及び初心者者の育成を目的として実施する。
また、障害者スポーツ指導者・ボランティアが本競技の体験することで、交流の促進、ビームライフル競技の啓蒙、啓発に寄与することを目的として実施する。
- 2 主催 兵庫県立障害者スポーツ交流館
神戸市障害者射撃協会
- 3 協力 ひょうご障害者スポーツ指導者協議会
障害者スポーツネットひょうご
サポーターズクラブ玉津
- 4 会場 兵庫県立障害者スポーツ交流館
〒651-2181 神戸市西区曙町 1070
TEL 078-927-2727 FAX 078-927-8022
e-mail kouryukan@hwc.or.jp
- 5 日時 平成27年2月14日（土）10:00～16:00
- 6 内容 10:00～11:30 準備設営・指導者・ボランティアの部
11:30～12:00 ミニ競技会
12:00～13:00 昼食休憩
13:00～15:00 障害者体験会の部
15:00～16:00 ミニ競技会（交流の部）
- 7 参加費 無 料
- 8 参加資格 身体障害者手帳所持者及び主催者が認めた者。
*療育手帳、精神障害者手帳所持者は、主催者にお問い合わせ下さい。
・ひょうご障害者スポーツ指導者協議会会員、・サポーターズ玉津
・ビームライフルに興味のあるボランティア
- 9 参加制限 障害者スポーツ指導者・ボランティア計20名
障害者40名までとする。
- 10 申込み 別紙申込み用紙に必要事項を記入し、兵庫県立障害者スポーツ交流館に郵送または FAX
して下さい。
*申込み締切日・・・平成27年1月20日（火）
- 11 その他 ・運動できる服装（スポーツウェア）体育館シューズで参加してください。
・障害者スポーツ指導員及びボランティアで参加される方については、午後からも障害者の部へ、ご協力をお願いします。

2015 ビームライフ交流体験会 参加申込書

| | | | | | |
|-----------|--------------|---|---------------------------------|----|---|
| 氏名 | | 年 | 月 | 日生 | 歳 |
| 住所 | | | | | |
| 連絡先 | TEL | | FAX | | |
| 障害名 | | | | | |
| *該当するものに○ | ・ 障害者スポーツ指導員 | | ※午前の会場設営及び午後の障害者体験会への協力をお願いします。 | | |
| | ・ ボランティア | | | | |
| その他 | | | | | |

〈申込先 〒651-2181 兵庫県神戸市西区曙町1070

兵庫県立障害者スポーツ交流館 担当 川口 清隆

TEL 078-927-2727 FAX 078-927-8022

mai k_kawaguchi@hwc.or.jp

