

令和3年1月4日

各施設長様

名古屋市健康福祉局障害者支援課長

「プロレスリングチームでら」観戦への招待について（照会）

みだしのことにつきまして、「地域密着プロレス団体チームでら」様より、障害者福祉施設の利用者を対象にした、プロレスリング観戦へのご招待の申し出がありますので、ご希望がありましたらFAXにてご連絡願います。

記

- 1 日時及び会場 令和3年1月10日（日） 18時00分 試合開始
露橋スポーツセンター
〒454-0022 名古屋市中川区露橋二丁目14番1号
（当日窓口にて受付）
- 2 招待者 地域密着プロレス団体 チームでら様
〒466-0003 名古屋市昭和区曙町3-20
TEL 052-735-6969
- 3 報告期日 令和3年1月6日（水）【厳守】
(観戦のご希望がない場合、報告は不要です。)
- 4 報告先 障害者支援課 推進係（担当：藤塚） FAX 972-4149
電 話 972-2558
- 5 その他
 - (1) 車いすでの観戦も可能ですので、人数を明記してください。
 - (2) お申込みいただいた施設は、基本的に全て観戦可能です。こちらから改めて通知は致しません。
 - (3) 当日、窓口にて施設名、人数をお申し出ください。
 - (4) 観戦施設におきましては礼状の対応をお願いします。
(直接チームでら様へお送りください。)
 - (5) 新型コロナウイルス感染拡大防止の為、席数制限をさせていただき、マスク着用での観戦、入場時の検温・消毒・名前と住所等連絡先記入
(事前にメモ用紙などにご記入いただいたものも可)をお願いいたします。
また、選手の入り待ち・出待ち・大声での応援・ツーショット撮影・握手・紙テープ等は禁止とさせていただきます。

別紙「プロレスリングチームでら観戦希望申込」に記入のうえ、FAXにて返信してください。 (1/2)

(別紙)

返信先 FAX 972-4149 障害者支援課推進係 藤塚あて ※郵便番号、住所、担当者名等、記入もれのないようにお願いいたします。

プロレスリングチームでら観戦希望申込

1 / 10 露橋スポーツセンター 【申込期限 1月6日 (水)】				
施設名・事業所名	(※法人名ではなく施設名・事業所名を記入してください。)			
住所・連絡先	〒 — 区			
	(電話 —) (FAX —) (※電話番号は日中につながる電話番号を記入してください。)			
担当者名				
希望枚数	入所者等	職員・介助者	本人の家族	合計
	名 うち車いす観戦 (名)	名	名	名

※障害者福祉施設などを利用する障害のある方が対象です。

※当日窓口で観戦の招待を受けたことをお伝えください。

※車いすでの観戦も可能ですので、人数を明記してください。

※お申込みいただいた施設は、基本的に全て観戦可能です。こちらから改めて
通知は致しません。

※当日は窓口にて施設名、人数をお申し出ください。