

平成29年度「県西部地域ノーマピック・ボッチャ大会」参加申込書

所属

(団体・施設名)

〒

住所

代表者(団体の場合は、担当者名)

電話

FAX

チーム名(1)()

登録 番号	ふりが 氏名	年齢	性別	障がい名等 ○印をつけてください	備考(手話・要約・ ランプ使用等)
1				身体 知的 精神 その他	
2				身体 知的 精神 その他	
3				身体 知的 精神 その他	
4				身体 知的 精神 その他	
5				身体 知的 精神 その他	

チーム名(2)()

登録 番号	ふりが 氏名	年齢	性別	障がい名等 ○印をつけてください	備考(手話・要約・ ランプ使用等)
1				身体 知的 精神 その他	
2				身体 知的 精神 その他	
3				身体 知的 精神 その他	
4				身体 知的 精神 その他	
5				身体 知的 精神 その他	

(1)備考欄に必要事項を記入して下さい。マイボール、マイランプの使用も可能です。

(2)申込書受付後、確認の電話をすることがありますので、連絡先をお書きください。

(3)1団体から3チームまで参加できます。3チームの場合は、この用紙をコピーして申込ください。

お申込は、平成29年9月13日(水)まで。(先着順、定数になり次第締切ります。)

徳島県障がい者スポーツ協会 大会事務局 FAX 088-634-2020

※ FAXの場合は必ず電話で着信の確認をお願いします。