

# 平成29年度ノーマピック・カローリング大会参加申込書

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)( )

| 番号 | ふりがな | 年齢 | 性別 | 障がい名<br>○をつけて下さい | 備考<br>(手話・要約等) |
|----|------|----|----|------------------|----------------|
| 1  |      |    |    | 身体 知的 精神         |                |
| 2  |      |    |    | 身体 知的 精神         |                |
| 3  |      |    |    | 身体 知的 精神         |                |

チーム名(2)( )

| 番号 | ふりがな | 年齢 | 性別 | 障がい名<br>○をつけて下さい | 備考<br>(手話・要約等) |
|----|------|----|----|------------------|----------------|
| 1  |      |    |    | 身体 知的 精神         |                |
| 2  |      |    |    | 身体 知的 精神         |                |
| 3  |      |    |    | 身体 知的 精神         |                |

(1)備考欄に必要事項を記入して下さい。

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

(3)1団体からの参加チームは、2チームまでです。

お申込は、平成29年10月2日(月)まで。先着順、定数になり次第締切ます。

徳島県障がい者スポーツ協会内 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。