第3回加古川市ボッチャ交流大会 参加申込書

1	フリガナ	()										
	チーム名 (12文字以内)											
2	代表者 (連絡責任者)	フリガナ										
		名 前										
		住 所	(〒 -)									
		電話番号										
メール												
3	出場選手及びアシスタント者											
	①	名前	年齢	障害の種類・部位等(複数選択可)								
		アシスタント者名:	年齢	☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 車椅子常用 ☐ なし ☐ その他 ()								
	②	名前	年齢	障害の種類・部位等(複数選択可)								
		アシスタント者名	年齢	☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 車椅子常用 ☐ なし ☐ その他 ()								
	③	名前	年齢	障害の種類・部位等(複数選択可)								
		アシスタント者名	年齢	☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 車椅子常用 ☐ なし ☐ その他 ()								
	④	名前	年齢	障害の種類・部位等(複数選択可)								
		アシスタント者名:	年齢	☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 車椅子常用 ☐ なし ☐ その他 ()								

※網掛け欄(各選手のアシスタント者情報及び、選手④)は、該当するチームのみ記入してください。