**第５回旭川レク・ボッチャ選手権大会**

**申込用紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名  チーム名 |  | 代表者名 |  |
| ■連絡先（開催内容等について連絡できる連絡先の記載をお願いします） | | | |
| ＭＡＩＬ |  | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 携 帯 |  | | |

**【出場選手】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ | 年齢 | 障害の種類・部位 |
| お 名 前 | □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| ランプ使用　　□する　　□しない  ランプ持参　　□する　　□しない | |
| サポート者名： |
| ② | フリガナ | 年齢 | 障害の種類・部位 |
| お 名 前 | □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| ランプ使用　　□する　　□しない  ランプ持参　　□する　　□しない | |
| サポート者名： |
| ③ | フリガナ | 年齢 | 障害の種類・部位 |
| お 名 前 | □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| ランプ使用　　□する　　□しない  ランプ持参　　□する　　□しない | |
| サポート者名： |

※当日配布いたしますプログラムに「チーム名」を掲載させていただきます。

※その他の目的で個人情報は使用いたしません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **希望する時間帯を第１希望・第２希望・第３希望と記載ください**  **※参加状況により、時間帯の調整をさせていただくことがございます** | | |
| ①13日（土）13:00～ | ②14日（日）10：00～ | ③14日（日）13：30～ |
|  |  |  |

**【申込先はFAX または メールにてお願いいたします】**

旭川レク・ボッチャ大会実行委員会　担当　五十嵐・相田

FAX : **0166‐38‐8211**MAIL :**event-info@kamui-daisetsu.org**

TEL 0166-38-8200　〒078-8368　旭川市東旭川町旭正315番地2