



# 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		<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他		
	サポート者名：	ランプ使用	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	
		ランプ持参	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	
②	フリガナ	年齢	障害の種類・部位		
	お名前		<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他		
	サポート者名：	ランプ使用	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	
		ランプ持参	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	
③	フリガナ	年齢	障害の種類・部位		
	お名前		<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他		
	サポート者名：	ランプ使用	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	
		ランプ持参	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	

※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。

<b>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</b> <b>※参加状況により、時間帯の調整をさせていただく場合がございます</b>		
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