



# 第4回旭川レク・ボッチャ選手権大会

## 申込用紙

団体名		代表者名	
チーム名			
■連絡先			
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。

●昼食について 旭川市障害者福祉センター 1F 飲食店パストラル

おにぎり・焼きそばを販売いたします。希望される方は希望品目にチェックと個数を記載ください。

おにぎり (1個¥100) 個数： \_\_\_\_\_ 個

焼きそば (1パック¥250) 個数： \_\_\_\_\_ 個 各 限定200個

FAX : 0166 - 38 - 8211 MAIL : [event-info@kamui-daisetsu.org](mailto:event-info@kamui-daisetsu.org)

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