

フレンドシップ2016 参加申込書

| | | | |
|---------|---------------------|-----|---------|
| 申込み責任者名 | 申込み内容について確認できる連絡先住所 | | |
| | 電話 | () | FAX () |

| | | | | | | | |
|----------------|------------|----|----|----------------------------------|-----|----|----|
| チーム名 | | | | | | | |
| チーム代表者名 | | | | | | | |
| | ふりがな 氏名 | 性別 | 年齢 | 障害の種類別 | 補助具 | 弁当 | 介助 |
| 1 キャプ テン | | | | 肢体・視覚・内部・健常者 聴覚（手話 要約筆記必要・不要） | | | |
| 2 | | | | 肢体・視覚・内部・健常者 聴覚（手話 要約筆記必要・不要） | | | |
| 3 | | | | 肢体・視覚・内部・健常者 聴覚（手話 要約筆記必要・不要） | | | |
| 4 | | | | 肢体・視覚・内部・健常者 聴覚（手話 要約筆記必要・不要） | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|------------|----|----|----------------------------------|-----|----|----|
| チーム名 | | | | | | | |
| チーム代表者名 | | | | | | | |
| | ふりがな 氏名 | 性別 | 年齢 | 障害の種類別 | 補助具 | 弁当 | 介助 |
| 1 キャプ テン | | | | 肢体・視覚・内部・健常者 聴覚（手話 要約筆記必要・不要） | | | |
| 2 | | | | 肢体・視覚・内部・健常者 聴覚（手話 要約筆記必要・不要） | | | |
| 3 | | | | 肢体・視覚・内部・健常者 聴覚（手話 要約筆記必要・不要） | | | |
| 4 | | | | 肢体・視覚・内部・健常者 聴覚（手話 要約筆記必要・不要） | | | |

- ・ 障害の種類別 該当するところを○で囲んで下さい。
聴覚障害者の方は、（手話必要・不要）のどちらかを○で囲んで下さい。
- ・ チーム構成 1チーム4名までとする。（3名でも可）
ただし、身体障害者手帳所持者以外は1チーム2名までとする。
当日の選手変更は認めない。
- ・ 氏名 各チーム必ず代表者名を記載して下さい。チーム代表者は必ず代表者会議に出席して下さい。
各チーム必ずキャプテンをつくり、氏名は「1」に記入して下さい。
- ・ 補助具 ボールを投げることができず、補助具を使用される方は「補助具」の欄に○を付けて下さい。
- ・ 弁当申込 スポーツ協会の斡旋を希望される場合は、○を付けて下さい。弁当代は700円（お茶付）です。
- ・ 介助 介助者がコート内に入る場合は○を付けて下さい。