

第24回卓球大会 申込書

※郵送, FAXでのお申込みの場合は, 申込先まで確認の連絡をお願いいたします。

No. _____

京都市障害者スポーツセンター センター長		申込日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
(ふりがな) 氏 名	TEL (_____) _____ - _____		
	FAX (_____) _____ - _____		
住 所	〒 _____ - _____		
生年月日	大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 平成 _____ (_____) 才	性 別	男 ・ 女
障 害 名	※手帳記載どおりに記入してください。		身 級
			療 A ・ B
			福 級
競技種目	※どちらかに○をしてください。 ・ 一般卓球の部 ・ サウンドテーブルテニスの部 (※必ずアイマスク着用)		
公開抽選会 参加希望	※どちらかに○をしてください。 ・ 抽選会に参加する ・ 抽選会に参加しない		
相互審判 について	※どちらかに○をしてください。 ・ 審判ができる ・ 審判をする自信がない ※原則として相互審判で運営するため, ご協力をお願いします。 <補足> 審判ができる選手には, 審判に自信のない選手のサポートをお願いする場合があります。		
車での来館 ※留め置く場合	車の留め置き	ナンバー	車種
	有 ・ 無		色
車いす・杖の使用	※どちらかに○をしてください。 あり (車いす・杖) ・ なし		
※ 駐車台数に限りがありますので, できる限り公共交通機関をご利用ください。			
※ 備考欄		担当者	受付者

※ 上記の個人情報は当該目的以外には使用いたしません。