

第20回記念 ボッチャ大会 申込書

チーム戦用

※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します。

京都市障害者スポーツセンター センター長		〔申込日〕 年 月 日					
学校名		ふりがな					
チーム名		代表者氏名					
電話番号		()		F A X		()	
		ふりがな 氏 名	年齢	性別	障害	車いす使用 (電動含む)	補助具
選 手	1			男 ・ 女	肢・内・視・聴・療・福	有・無	有・無
	2			男 ・ 女	肢・内・視・聴・療・福	有・無	有・無
	3			男 ・ 女	肢・内・視・聴・療・福	有・無	有・無
	4			男 ・ 女	肢・内・視・聴・療・福	有・無	有・無
	5			男 ・ 女	肢・内・視・聴・療・福	有・無	有・無

※試合は3人対3人のチーム戦です。1エンド毎で交代することができます。

車での 来館予定 (留め置き の人のみ)	<p>※大会実施中は, 駐車場に留め置きとなり, 自由に出入庫できません。 ※駐車スペースに限りがありますので, 公共交通機関でご来場ください。</p> <p style="text-align: center;">なし ・ あり</p> <p style="text-align: center;">車種 () 色 ()</p> <p style="text-align: center;">ナンバー ()</p>
-------------------------------	--

※特記事項があれば, ご記入ください。		
---------------------	--	--

※センター記入欄	担当者	受付者

※上記の個人情報は, 当該目的以外には使用しません。