

第 25 回静岡県身体障害者 G・G クラブ交流大会申込書

団体名： _____

連絡責任者： _____

住所： 〒 _____

TEL： _____

FAX： _____

車： _____ 台 (なるべく乗り合わせて会場までお越し頂くよう御協力願います。)

★チーム責任者の役割が出来る方すべてに○をつけて下さい。

(責任者には、チーム内の選手の確認、個票・スコア表の最終確認をお願いします。)

★個人戦の為、スコアは、チーム内全員で順番に付けて下さい。

締め切り：平成 29 年 1 月 20 日 (金)

区分	NO.	責任者	ふりがな		性別	年齢	障害区分	配慮事項
			名	前				
選手名	1						視覚 聴覚 音声 肢体 内部	車椅子 手話
	2						視覚 聴覚 音声 肢体 内部	車椅子 手話
	3						視覚 聴覚 音声 肢体 内部	車椅子 手話
	4						視覚 聴覚 音声 肢体 内部	車椅子 手話
	5						視覚 聴覚 音声 肢体 内部	車椅子 手話
	6						視覚 聴覚 音声 肢体 内部	車椅子 手話
	7						視覚 聴覚 音声 肢体 内部	車椅子 手話

※ 必ず「ふりがな」をふって下さい。

※ 用紙が、足りない場合はコピーしてお使い下さい。