

第 11 回静岡県身体障害者グラウンド・ゴルフ大会参加申込書（個人戦）

参加団体名		申込代表者名	
代表者住所	(〒 -)		電話: FAX:

参加方法：自動車（マイクロ 台／乗用車・ワゴン 台）その他

【※駐車場には、限りがありますので、相乗りをお願いいたします。】

選手数 名以内（各市町によって割当人数があります。）

●チーム責任者の出来る方の番号に○を付けて下さい。

添付した住所録に名前のない方は、住所・電話番号の記入をお願いします。

	フリガナ	性別	年齢	障害名	住所	電話番号	配慮
	氏名						
1					〒		手話 車椅子
2					〒		手話 車椅子
3					〒		手話 車椅子
4					〒		手話 車椅子
5					〒		手話 車椅子
6					〒		手話 車椅子
7					〒		手話 車椅子
8					〒		手話 車椅子
9					〒		手話 車椅子
10					〒		手話 車椅子

参加費

会 員	お弁当あり	1,300 円	×	人	円
	お弁当なし	700 円	×	人	円
政令指定都市	お弁当あり	2,600 円	×	人	円
	お弁当なし	2,000 円	×	人	円
非会員	お弁当あり	3,500 円	×	人	円
	お弁当なし	2,900 円	×	人	円
付 添	お弁当あり	600 円	×	人	円
合 計					円

※申込期日：平成 30 年 4 月 20 日（金）