

第 16 回静岡県身体障害者フライングディスク大会 参加申込書

1 団体名・チーム名・申込者

団体名			
チーム名			
申込者		電話番号	( ) -
住所	〒		

2 連絡責任者

申込者		電話番号	( ) -
住所	〒		

3 緊急連絡先 ※大会参加者で、当日連絡がとれる番号をご記入ください。

代表者		携帯番号	( ) -
-----	--	------	-------

4 参加者数・駐車台数・参加費

参加者数	全 人 (選手 人・付添 人)			
駐車台数	<input type="text"/> マイクロバス	台		
	<input type="text"/> 乗用車・ワゴン	台	運転手名(	)
参加費	会 員	1,500 円 ×	人 =	円
	静岡市	2,800 円 ×	人 =	円
	非会員	3,700 円 ×	人 =	円
	付 添	600 円 ×	人 =	円
	合 計			円

※ 参加費は、送付した「払込取扱票」を使用して、郵便局でお振込みください。

5 申込期限 令和 3 年 10 月 22 日(金)

(事務局)  
静岡県身体障害者福祉会 担当 服部 愛  
TEL:054-252-7829 FAX:054-255-2011