第 17 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	マイクロバス　　台 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 4 年 10 月 21 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