

第19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・于一ム名・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6年10月18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