|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第１５回山口県障害者交流ボッチャ大会 |  |
|  | **競技ボッチャ参加申込書** |  |
| ※該当するクラスの番号を記入してください。 |
| 選手１ |  |  |
| 選　手　名 | 性別 | 年齢 | 障害名 | 等級 | 部門 | クラス |
|  |  |  |  |  | ①　BC1・BC3の部②　BC2・BC4の部③　OP（座・立）の部 |  |
| アシスタント氏名 | 性別 |  |
|  |  |
| 備　考（ランプの使用等） |
|  |
| 選手2 |  |  |
| 選　手　名 | 性別 | 年齢 | 障害名 | 等級 | 部門 | クラス |
|  |  |  |  |  | ①　BC1・BC3の部②　BC2・BC4の部③　OP（座・立）の部 |  |
| アシスタント氏名 | 性別 |  |
|  |  |
| 備　考（ランプの使用等） |
|  |
| 選手3 |  |  |
| 選　手　名 | 性別 | 年齢 | 障害名 | 等級 | 部門 | クラス |
|  |  |  |  |  | ①　BC1・BC3の部②　BC2・BC4の部③　OP（座・立）の部 |  |
| アシスタント氏名 | 性別 |  |
|  |  |
| 備　考（ランプの使用等） |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加費 | 　　　　　名 | × 　500円　＝　　　　　　 | 　　　　　　円 |
| お弁当 | 人 | ×　　 600円 ＝ | 円 |
| 領収証 | 必要　・　不要 | 宛　名 | 団体名・チーム名・その他（　　　　　　　　） |
|  |  | （当日、受付にて支払います。） |
| *＜申込者＞* | 団体（者）名 |  |
|  | 担当者 | 〒 |
|  | 住所 |  |
|  | 連絡先 | TEL | 携帯 |
|  |
| ※　備考の欄には、車いす使用・ランプ使用等をご記入ください。 |
| ※　参加者が多数の場合には、この用紙をコピーしてお使いください。 |