

第18回山口県障害者交流ボッチャ大会

レクボッチャ参加申込書

(チーム名) _____

※備考欄には車いす使用・ランプ持
参有・無等をご記入ください。

No	氏名(ふりがな)	性別	年齢	障害名	等級	備考
選手 1					
選手 2					
選手 3					
控選手					

(チーム名) _____

No	氏名(ふりがな)	性別	年齢	障害名	等級	備考
選手 1					
選手 2					
選手 3					
控選手					

参加費	チーム × 1,800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()	

<申込者> 団体名 _____
 担当者 _____
 〒 _____
 住所 _____
 連絡先 TEL _____ 携帯 _____

第18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

※クラスは、該当するものに○をつけてください。事務局側が部門に分けます。

選手 1

選手名 (ふりがな)	性別	年齢	障害名	等級	クラス
					BC1・BC2・BC3・BC4・ オープン(座)・オープン(立)
アシスタント者氏名	性別	備考			

選手 2

選手名 (ふりがな)	性別	年齢	障害名	等級	クラス
					BC1・BC2・BC3・BC4・ オープン(座)・オープン(立)
アシスタント者氏名	性別	備考			

選手 3

選手名 (ふりがな)	性別	年齢	障害名	等級	クラス
					BC1・BC2・BC3・BC4・ オープン(座)・オープン(立)
アシスタント者氏名	性別	備考			

※備考欄には車いす使用・ランプ等をご記入ください。

※部門は「BC1・BC3の部」「BC2・BC4の部」「オープン(座・立)の部」の3部門です。

参加費	名 × 600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> 団体名

担当者

〒

住所

連絡先 TEL

携帯