

第20回山口県障害者交流グラウンド・ゴルフ大会 参加申込書

No.	ふりがな	性別	生年月日	障害名	等級	備考 (車いす使用・ 手話通訳者必要等)
	氏名					
1			年 月 日			
2			年 月 日			
3			年 月 日			
4			年 月 日			
5			年 月 日			
6			年 月 日			

参加費	人 × 600円 =	円
弁当注文数	ヶ × 600円 =	円
計		円

(当日、受付にて支払います)

用具(クラブ・ボール)の貸出を希望する ( ) 本

< 申込者 >

団体(者)名

.....

担当者

.....

住所 〒

.....

連絡先 TEL

FAX

.....

中止時連絡先(※必須) TEL(携帯)

.....

※備考欄には、車いす使用、手話通訳者必要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。

※準備の都合上、令和4年10月21日(金)までに、事務局へお申込みください。

(FAX可) FAX 083-901-4064