|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第３９回　山口県障害者卓球選手権大会参加申込書 |  |
|  |  |  |  |  |
| 選　手　名 | 性別 | 年齢 | 障害名 | 出場種目 | 備考 |
| ふりがな | 男・女 |  | 身体知的精神 | 男子・女子　の部初心者の部車いすの部 |  |
|  |
| ふりがな | 男・女 |  | 身体知的精神 | 男子・女子　の部初心者の部車いすの部 |  |
|  |
| ふりがな | 男・女 |  | 身体知的精神 | 男子・女子　の部初心者の部車いすの部 |  |
|  |
| ふりがな | 男・女 |  | 身体知的精神 | 男子・女子　の部初心者の部車いすの部 |  |
|  |
| ふりがな | 男・女 |  | 身体知的精神 | 男子・女子　の部初心者の部車いすの部 |  |
|  |

＊　性別、障害名、出場種別は、該当を○で囲んでください。

＊　備考欄には、手話通訳が必要な場合や車椅子使用等をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参　加　費 | ７００円 | × |  | 名分 | ＝ |  | 円 |
| 弁当 | ７００円 | × |  | 個 | ＝ |  | 円 |

　　年　　月　　日

上記のとおり、参加申込します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＜申込者＞ | 団体名 |  |  |
|  | 住所 | 〒 |  |
|  | 担当者 |  |  |
|  | 当日連絡先 | 担当者名 |  |  |
|  | 携帯電話番号 |  |  |

※　ご記入いただいた個人情報は、本大会の運営に役立てるために使用し、他の目的で使用することはありません。