

第5回市民ポッチャ交流大会 申込用紙 (締切：11月7日)

| | | | |
|-------------|---|------|--|
| 団体名 チーム名 | | 代表者名 | |
| ■申込み担当者 | | | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | FAX | |
| MAIL | | | |

【出場選手】

| | | | |
|---|---------|----|---|
| ① | お名前 | 年齢 | 障がいの種類・部位 |
| | サポート者名： | | <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 |
| ② | お名前 | 年齢 | 障がいの種類・部位 |
| | サポート者名： | | <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 |
| ③ | お名前 | 年齢 | 障がいの種類・部位 |
| | サポート者名： | | <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 |

【審判協力】

※チーム関係者で審判としてご協力いただける方がおりましたら、記載ください。
ご協力いただく方へは後日主催者から連絡させていただきます。

| 氏名 | 電話番号 | 審判の経験 |
|----|------|---|
| | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

【申し込みは「FAX」 または 「メール」にてお願いいたします】

FAX：01654-3-9949 MAIL：chiiki@nayro-shakyo.jp

名寄市社会福祉協議会（担当：地域支援係）

〒096-0011 名寄市西1条南12丁目 名寄市総合福祉センター内

TEL：01654-3-9862

※いただいた個人情報は第5回市民ポッチャ交流大会にのみ使用します。