

第7回市民ポッチャ交流大会 申込用紙 (締切：10月18日)

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チーム3人もしくは2人で構成

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

【 出場時間（午前の部／午後の部）希望 】

※出場を希望する時間に☑をしてください。必ず第二希望まで記載してください。
 「午前」「午後」どちらでの出場になるかは、大会1週間程度前までにお知らせします。

第一希望	<input type="checkbox"/> どちらでもよい	<input type="checkbox"/> 午前の部	<input type="checkbox"/> 午後の部
第二希望	<input type="checkbox"/> 午前の部	<input type="checkbox"/> 午後の部	<input type="checkbox"/> 第一希望のみ参加可能

【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@nayoro-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7回市民ポッチャ交流大会にのみ使用します。