

第10回 福岡ボッチャフェスタ レクボッチャ大会 参加申込書

ふりがな				ふりがな			
チーム名	※ 8文字以内			所属	※ 学校・施設・作業所・サークル名等をお書きください。		
ふりがな				TEL	— —		
代表者 氏名					□自宅 □職場 □所属先 □携帯		
				FAX	— —		
					□自宅 □職場 □所属先		
住 所	〒 —						
選手名	No	氏 名	性 別	年 齢	該当するものに○をつけて下さい。		
					障がい区分		
	1	ふりがな	男・女		1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚 4. 内部 5. 知的 6. 発達 7. 精神 7. 健常		
	2	ふりがな	男・女		1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚 4. 内部 5. 知的 6. 発達 7. 精神 8. 健常		
	3	ふりがな	男・女		1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚 4. 内部 5. 知的 6. 発達 7. 精神 9. 健常		
	4	ふりがな	男・女		1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚 4. 内部 5. 知的 6. 発達 7. 精神 10. 健常		
	5	ふりがな	男・女		1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚 4. 内部 5. 知的 6. 発達 7. 精神 11. 健常		
	6	ふりがな	男・女		1. 肢体 2. 視覚 3. 聴覚 4. 内部 5. 知的 6. 発達 7. 精神 12. 健常		
※介助の方(選手登録者)含め6名でお願い致します。							
参加希望日	※ご希望の日時に○をご記入ください。 第1希望日 [① 14日(土) ・ ② 15日(日)] 第2希望日 [① 14日(土) ・ ② 15日(日)] ※チーム数に偏りが生じた場合は、ご希望どおりの日にならないことがありますので、予めご了承ください。						
ランプの借用	希望する(固定式・非固定式) ・ 不要 ※貸出用ランプは、数に限りがありますので、日頃使用されている方で、持参できない方を優先とさせていただきます。 固定式ランプはランプオペレーターが適切に使用できる事を条件とします。						
大会出場経験	ある(大会名:) ・ ない						
申込先	〒815-0031 福岡市南区清水1-17-15 福岡市立障がい者スポーツセンター TEL:092-511-1132 FAX:092-552-3447 たんとう かみだ もりさき あらお 担当:上田・森寄・荒尾						
備 考	・抽選結果、大会の詳細については令和8年2月上旬までに郵送にてお知らせいたします。						

*** 申込締切 令和8年1月9日(金) ~17:00 必着**