

第9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	— — □自宅 □職場 □所属先 □携帯
代表者 氏名		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	介助者	ランプ
	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 8. 健常	有・無	有・無
	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	有・無	有・無
	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 8. 健常	有・無	有・無
	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 8. 健常	有・無	有・無
	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 8. 健常	有・無	有・無
	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 8. 健常	有・無	有・無

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 8日(土) ・ ② 9日(日)] 第2希望日 [① 8日(土) ・ ② 9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。
ランプについて	ランプを希望しますか？(はい・いいえ) → 固定式・非固定式 ※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。
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 担当: 森崎・山本(佳)
備考	・抽選結果、大会の詳細については令和7年2月1日(土)までに郵送にてお知らせいたします。

*** 申込締切 令和7年1月10日(金) 必着**