

市民ボッチャ交流大会 申込用紙

団体名 チーム名		代表者名	
■連絡先			
TEL		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

【チーム紹介・意気込み】 ※必ずご記入ください

【申込先は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