**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 |
| □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| サポート者名： |
| ② | お名前 | 年齢 | 障がいの種類・部位 |
| □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| サポート者名： |
| ③ | お名前 | 年齢 | 障がいの種類・部位 |
| □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| サポート者名： |

**【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】**

申し込み締切り　１０月２３日（火）　※先着６０チーム

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