

第3回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

【お弁当（昼食）注文票】

お弁当（昼食）注文数	合 計 金 額
個	1食540円(税込) × 個 = 円
※選手以外の方(応援や引率)の注文も可能です	※大会当日の受付時に団体でまとめてお支払いください

※お弁当は必要な方のみご注文ください。

【申し込みは「FAX」 または 「メール」にてお願いいたします】

申し込み締切り 9月6日(金) ※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