**第４回市民ボッチャ交流大会　申込用紙　(締切：８月３１日)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名チーム名 |  | 代表者名 |  |
| ■申込み担当者 |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  | 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： |

**【 出場時間（午前の部／午後の部）希望 】**

※出場を希望時間に☑をしてください。必ず第二希望まで記載してください。

　「午前」「午後」どちらでの出場になるかは、大会１０日程度前までにお知らせします。

|  |  |
| --- | --- |
| 第一希望 | □どちらでもよい　　□午前の部　　　□午後の部 |
| 第二希望 | □午前の部　　　　　□午後の部　　　□第一希望のみ参加可能 |

**【 審　判　協　力 】**

※チーム関係者で審判としてご協力いただける方がおりましたら、記載ください。

　ご協力いただく方へは後日主催者から連絡させていただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 電　話　番　号 | 審判の経験 |
|  |  | □あ り　□な し |
|  |  | □あ り　□な し |

**【申し込みは「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

※いただいた個人情報は第４回市民ボッチャ交流大会にのみ使用します。