**第５回市民ボッチャ交流大会　申込用紙　(締切：１月３１日)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名チーム名 |  | 代表者名 |  |
| ■申込み担当者 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 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： |

**【 参加日程希望 】**

※出場を希望する日程に☑をしてください。

定員となっている場合には他の日程のご相談をさせていただきますので、必ず第二希望まで記載してください。

参加いただく日程は、調整のためお申込み後３日程度お時間をいただき、その後担当者へご連絡いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 第一希望 | □18日13：30～　　　□19日9：30～　　　　□19日13：30～□20日9：30～　　 　□20日13：30～ |
| 第二希望 | □18日13：30～　　　□19日9：30～　　　　□19日13：30～□20日9：30～　　 　□20日13：30～ |

**【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５回市民ボッチャ交流大会にのみ使用します。