

# 第5回市民ポッチャ交流大会 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
	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

## 【 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	<input type="checkbox"/> 18日 13:30~	<input type="checkbox"/> 19日 9:30~	<input type="checkbox"/> 19日 13:30~
	<input type="checkbox"/> 20日 9:30~	<input type="checkbox"/> 20日 13:30~	
第二希望	<input type="checkbox"/> 18日 13:30~	<input type="checkbox"/> 19日 9:30~	<input type="checkbox"/> 19日 13:30~
	<input type="checkbox"/> 20日 9:30~	<input type="checkbox"/> 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回市民ポッチャ交流大会にのみ使用します。