

第28回 ボッチャ大会 申込書

チーム戦 1/16（土）

※郵送、FAXでのお申込みの場合は、申込先まで確認の連絡をお願いします。

京都市障害者スポーツセンター センター長			〔申込日〕 年 月 日		
チーム名		(代表者氏名)		代表者住所	
電話番号		()		FAX	()
		ふりがな 氏 名	年齢	性別	手帳の種類と障害 ○をつけてください
選 手	1			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他
	2			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他
	3			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他
	4			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他
	5			男・女	1. 身体(肢・内・視・聴) 2. 療育 3. 精神 4. 児童通所受給者証 5. 指定難病・その他

※試合は3人対3人のチーム戦です。1エンド毎で交代することができます。

マイボール使用	する ・ しない	
---------	----------	--

駐車スペースに限りがありますので、公共交通機関での来場にご協力ください。

①車での来館	なし ・ あり
②車での来館理由	
③車種	
④ナンバー/色	ナンバー() 色()

※ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※広報紙、マスメディア等に写真や個人名が掲載されることがありますので、あらかじめご了承ください。

担当者	受付者

※上記の個人情報は、当該目的以外には使用しません。