

第7回スクエアボッチャ大会 参加申込書

※郵送、FAXでの申込みの場合は、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：令和 8 年 月 日		
いずれかに✓印を記入してください。				
<input type="checkbox"/> 個人(1人)で申し込む		<input type="checkbox"/> チーム(2～6人)で申し込む		
※個人参加の場合は主催者側でチームを編成します。また申込みの状況に応じて、主催者側でチームを再編成しますのでご了承ください。				
(ふりがな)				
チーム名	(※個人申込みの場合は記載不要)			
(ふりがな)		障害の有無	年齢	性別
氏 名		あり ・ なし		男 ・ 女
	(※チームの場合は代表者氏名を記入してください)			
手帳の種類 と障害	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 6. 介助者 7. 障害なし ※障害名を手帳の記載どおりにご記入ください。			
○を付けて ください。				
住 所	〒			
電話番号 ※日中連絡がとれる番号			FAX番号	

※参加者全員(上記の個人・代表者名および介助者を含む)の氏名等を以下に記入してください。

氏名(ふりがな)		年齢	性別	障害の分類
参加者			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 6. 介助者 7. 障害なし
			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 6. 介助者 7. 障害なし
			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 6. 介助者 7. 障害なし
			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 6. 介助者 7. 障害なし
			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 6. 介助者 7. 障害なし
			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 6. 介助者 7. 障害なし

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		⑤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。

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。