

# 第26回 ボッチャ大会 申込書

## チーム戦 1/18 (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				ふりがな					
				代表者氏名					
電話番号		( )		FAX		( )			
選 手		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	車いす使用 (電動含む)	補助具	
		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	有・無	有・無
		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	有・無	有・無
		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	有・無	有・無
		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	有・無	有・無
		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	有・無	有・無

※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	
---------	----------	--

**【介助者に関する質問事項】**

◆介助者の有無	介助者あり( )人	・ 介助者なし
---------	-----------	---------

**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/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。