

申込先 FAX 018-896-7750

第4回秋田県ボッチャ交流大会 参加申込書

■ 申し込みについて (15歳以下のご参加は、保護者同伴であること)

(1) 必要事項記載の上(該当箇所○印含み)期限迄に FAX または郵送でお申し込みください。

申込期限 : 12月3日(土)必着

(2) 参加申し込み先・お問い合わせ先

〒010-0922 秋田市旭北栄町 1-5 秋田県心身障害者総合福祉センター内

全国脊髄損傷者連合会秋田支部 気付 秋田県ボッチャ協会

第4回秋田県ボッチャ交流大会実行委員会 TEL/FAX 018-896-7750

(担当:佐藤 090-4315-1110)

チーム戦 参加申込書用紙

ふりがな				代	フリガナ	電話、FAX、メールアドレス
チーム名				表	お名前	
					住所:〒 - 秋田県()	
					メンバーとの兼任可。ただし満16歳以上の方に限ります。	
選手1	フリガナ	男	年齢 歳	住所: 〒 -		
	お名前	女	生年月日 昭和・平成 ・	秋田県()		
	在学、在勤の方はその名称() 障がいのある方は障がい名・等級() 級					
	競技スタイル(立位・座位) 車いす使用(有・無) ランプ使用(有・無) マット使用(有・無)					
	電話: FAX: メールアドレス:					
選手2	フリガナ	男	年齢 歳	住所: 〒 -		
	お名前	女	生年月日 昭和・平成 ・	秋田県()		
	在学、在勤の方はその名称() 障がいのある方は障がい名・等級() 級					
	競技スタイル(立位・座位) 車いす使用(有・無) ランプ使用(有・無) マット使用(有・無)					
	電話: FAX: メールアドレス:					
選手3	フリガナ	男	年齢 歳	住所: 〒 -		
	お名前	女	生年月日 昭和・平成 ・	秋田県()		
	在学、在勤の方はその名称() 障がいのある方は障がい名・等級() 級					
	競技スタイル(立位・座位) 車いす使用(有・無) ランプ使用(有・無) マット使用(有・無)					
	電話: FAX: メールアドレス:					
選手4	フリガナ	男	年齢 歳	住所: 〒 -		
	お名前	女	生年月日 昭和・平成 ・	秋田県()		
	在学、在勤の方はその名称() 障がいのある方は障がい名・等級() 級					
	競技スタイル(立位・座位) 車いす使用(有・無) ランプ使用(有・無) マット使用(有・無)					
	電話: FAX: メールアドレス:					

■ 個人情報公表についてご了承ください

ご記入いただいたお名前、競技スタイルなど個人情報が、本交流大会プログラムに掲載されます。また、本交流大会中に撮影された写真・動画がマスコミ等で公表された場合もご了承ください。

■ 新型コロナウイルス感染防止対策について

会場へはマスク着用でご来場ください。受付で検温及び手指消毒の他、健康チェックシートの記入を実施させていただきます。

(“高熱”他、新型コロナウイルスウィルス感染の疑いがあると判断された場合、ご参加をご遠慮申し上げることになるのでご了承ください。)