

ポッチャ交流会 in リハセン 参加申込書

チーム名	
------	--

						※記入不要	
ふりがな	生年月日	性別	参加条件に同意 <small>同意の場合は○</small>	写真	出席確認	入金確認	
出場者代表	S H	男・女	<input type="checkbox"/>	可・不可			
住所	〒 -	連絡先	TEL				
障がい種別			障がい名 (診断名)				
身体障害者手帳(肢体、聴覚、視覚、内部)・療育手帳 精神障害者福祉手帳・手帳なしその他・一般							

						※記入不要	
ふりがな	生年月日	性別	参加条件に同意 <small>同意の場合は○</small>	写真	出席確認	入金確認	
出場者②	S H	男・女	<input type="checkbox"/>	可・不可			
住所	〒 -	連絡先	TEL				
障がい種別			障がい名 (診断名)				
身体障害者手帳(肢体、聴覚、視覚、内部)・療育手帳 精神障害者福祉手帳・手帳なしその他・一般							

						※記入不要	
ふりがな	生年月日	性別	参加条件に同意 <small>同意の場合は○</small>	写真	出席確認	入金確認	
出場者③	S H	男・女	<input type="checkbox"/>	可・不可			
住所	〒 -	連絡先	TEL				
障がい種別			障がい名 (診断名)				
身体障害者手帳(肢体、聴覚、視覚、内部)・療育手帳 精神障害者福祉手帳・手帳なしその他・一般							

						※記入不要	
ふりがな	生年月日	性別	参加条件に同意 <small>同意の場合は○</small>	写真	出席確認	入金確認	
出場者④	S H	男・女	<input type="checkbox"/>	可・不可			
住所	〒 -	連絡先	TEL				
障がい種別			障がい名 (診断名)				
身体障害者手帳(肢体、聴覚、視覚、内部)・療育手帳 精神障害者福祉手帳・手帳なしその他・一般							

						※記入不要	
ふりがな	生年月日	性別	参加条件に同意 <small>同意の場合は○</small>	写真	出席確認	入金確認	
出場者⑤	S H	男・女	<input type="checkbox"/>	可・不可			
住所	〒 -	連絡先	TEL				
障がい種別			障がい名 (診断名)				
身体障害者手帳(肢体、聴覚、視覚、内部)・療育手帳 精神障害者福祉手帳・手帳なしその他・一般							

						※記入不要	
ふりがな	生年月日	性別	参加条件に同意	写真	出席確認	入金確認	
介助者①	S H	男・女	同意の場合は○	可・不可		/	
住所	〒 -		連絡先	TEL			

						※記入不要	
ふりがな	生年月日	性別	参加条件に同意	写真	出席確認	入金確認	
介助者②	S H	男・女	同意の場合は○	可・不可		/	
住所	〒 -		連絡先	TEL			

◇申込に関する注意事項◇

- ★ 1チーム毎の申込みとします。複数チームの申込みの場合は用紙をコピーして使用してください。
- ★ 性別/障がい種別項目は該当するものを○で囲んでください。障がい種別の項目の「手帳なしその他」は、障がい者手帳の所持がなく、特定疾患医療受給者証、障害福祉サービス受給者証 他を所持する方となります。
- ★ 参加費は、当日受付時に徴収します。おつりの出ないようにご用意ください。
- ★ 大会当日、記録として競技中に写真を撮影をします。ご都合の悪い方は写真「不可」を○で囲んでください。
- ★ この大会で得た個人情報他は他の目的には使用いたしません。

<p>お問い合わせ先 かがわ総合リハビリテーション福祉センター 〒761-8057 香川県高松市田村町11114番地 TEL087-867-7686 / 8:30~17:00受付 FAX087-867-0420 / 24時間受付 担当:藤尾、光吉</p>
--