

## 第9回 香川県ポッチャ交流大会 参加申込書

住所			連絡先		
〒 -			TEL	-	-
			FAX	-	-
チーム責任者 ( )					
チーム名 ( )					
ふりがな 選手名	年齢	性別	障がい種別	障がい名	投球方法
キャプテン 選手①		男・女	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投 ( 立位・座位 ) ランブ ( 持込み・貸出し希望 )
選手②		男・女	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投 ( 立位・座位 ) ランブ ( 持込み・貸出し希望 )
選手③		男・女	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投 ( 立位・座位 ) ランブ ( 持込み・貸出し希望 )
選手④		男・女	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投 ( 立位・座位 ) ランブ ( 持込み・貸出し希望 )
選手⑤		男・女	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投 ( 立位・座位 ) ランブ ( 持込み・貸出し希望 )

- ★ 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/投球方法/貸し出しの項目は該当するものを○で囲んでください。  
障がい種別で、特定医療費(指定難病)受給者証、障害福祉サービス受給者証 他を所持する方は「その他」を○で囲んでください。  
ランブ貸出し希望者が多数の場合は、ご希望のランブが使用できない場合があります。ご了承ください。
- ★ 大会当日、記録・報道用として写真を撮影します。ご都合の悪い方は、必ず受付にお申し出ください。
- ★ 参加費、弁当代(500円)は大会当日の受付時にお支払いいただきます。おつりの出ないようにご用意ください。
- ★ この大会で得た個人情報とは他の目的には使用いたしません。

**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1114番地  
 TEL087-867-7686/8:30~17:00受付  
 FAX087-867-0420/24時間受付  
 担当:体育指導員 瀬尾、大塚、岡崎

### 弁当申込み用紙

チーム名( )  
**お弁当(お茶付き)500円 × 個 = 円**

- ※ お弁当のお渡し時間は11:30~12:00です。
- ※ 申込み締め切り後のお弁当のキャンセル・変更はできかねますのでご注意ください。
- ※ お弁当の空パックの回収もさせていただきます。引渡し場所までお持ちください。