

第1回 リハちゃん杯ボッチャ交流大会 参加申込書（団体用）

住所		連絡先	
〒 -		TEL	- -
		FAX	- -
チーム名	チーム責任者 （当日参加する方に限る）	緊急連絡先 （当日参加しない方に限る）	
		TEL	- - （名前： ）
チーム責任者は、チーム全員の緊急連絡先を把握しています			<input type="checkbox"/> （☑をつける）

※受付・開会式

ふりがな 選手名	年齢	写真	手話通訳	障害種別	障害名	投球方法
キャプテン 選手①		可・不可	要・不要	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投（立位・座位） ランプ（持込み・貸出し希望）
選手②		可・不可	要・不要	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投（立位・座位） ランプ（持込み・貸出し希望）
選手③		可・不可	要・不要	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投（立位・座位） ランプ（持込み・貸出し希望）
選手④		可・不可	要・不要	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投（立位・座位） ランプ（持込み・貸出し希望）
選手⑤		可・不可	要・不要	肢体・聴覚・視覚・内部 知的・精神・その他・一般		自投（立位・座位） ランプ（持込み・貸出し希望）

伝えておきたいこと(希望するサポート等)をご記入ください。

- ★ 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。
- ★ 写真/障害種別/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。
障害種別で、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。
- ★ 緊急連絡先は大会当日にチーム責任者に何かあった際の連絡先です。当日参加されない方の連絡先とお名前を記入してください。(チーム責任者は参加者全員の緊急連絡先を把握しておいてください)
- ★ ランプ貸出し希望者が多数の場合は、ご希望のランプが使用できない場合があります。ご了承ください。
- ★ この大会で得た個人情報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 六条、光吉