第1回 リハちゃん杯ボッチャ交流大会　参加申込書 （個人用）

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>年齢</td><td>写真</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>歳</td><td>可 ・ 不可</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">住所</td><td>TEL
FAX</td><td>－　　－
－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">〒</td><td>緊急連絡先
（当日参加しない方に限る）</td><td>－　　－
連絡先氏名 （　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障害種別</td><td colspan="2">障害名</td></tr>
<tr><td colspan="2">肢体 ・ 聴覚 ・ 視覚 ・ 内部
知的 ・ 精神 ・ その他 ・ 一般</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>投球方法</td><td colspan="3">自投 （ 立位 ・ 座位 ） / ランプ （ 持ち込み ・ 貸出し希望 ）</td></tr>
<tr><td>手話通訳
※受付・開会式</td><td colspan="3">希望する ・ 希望しない</td></tr>
<tr><td>伝えて
おきたいこと</td><td colspan="3">希望するサポート等</td></tr>
</table>

★ 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〇で囲んでください。
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」を〇で囲んでください。

★ 緊急連絡先は大会当日に参加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。

★ 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