

第39回香川県障害者水泳記録会 申込書

(団体用)

住所		連絡先	
〒 -		TEL - - FAX - -	
団体責任者 (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 :)	
団体名	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		☐ (団をつける)

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
 TEL: 087-867-7686
 (8:30~17:00受付)
 FAX: 087-867-0420
 (24時間受付)
 担当: 体育指導員 光吉、小宮路

ふりがな 選手名		性別	生年月日	写真撮影	手話通訳	障害等	備考 (伝えておきたいこと、希望するサポート)		
1			S・H 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	☐ 肢体 ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 内部 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ その他 ☐ 一般			
	希望種目	第1希望	m	※「浮き具使用」出場の場合、 希望距離 (5m~25m)		入退水 介助	要 ・ 不要	プール内 移動方法	車椅子 ・ 杖 ・ その他 ()
		第2希望	m	m					
2			S・H 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	☐ 肢体 ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 内部 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ その他 ☐ 一般			
	希望種目	第1希望	m	※「浮き具使用」出場の場合、 希望距離 (5m~25m)		入退水 介助	要 ・ 不要	プール内 移動方法	車椅子 ・ 杖 ・ その他 ()
		第2希望	m	m					
3			S・H 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	☐ 肢体 ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 内部 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ その他 ☐ 一般			
	希望種目	第1希望	m	※「浮き具使用」出場の場合、 希望距離 (5m~25m)		入退水 介助	要 ・ 不要	プール内 移動方法	車椅子 ・ 杖 ・ その他 ()
		第2希望	m	m					
4			S・H 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	☐ 肢体 ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 内部 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ その他 ☐ 一般			
	希望種目	第1希望	m	※「浮き具使用」出場の場合、 希望距離 (5m~25m)		入退水 介助	要 ・ 不要	プール内 移動方法	車椅子 ・ 杖 ・ その他 ()
		第2希望	m	m					
5			S・H 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	☐ 肢体 ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 内部 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ その他 ☐ 一般			
	希望種目	第1希望	m	※「浮き具使用」出場の場合、 希望距離 (5m~25m)		入退水 介助	要 ・ 不要	プール内 移動方法	車椅子 ・ 杖 ・ その他 ()
		第2希望	m	m					