

第40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		<input type="checkbox"/> (印をつける)

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・R 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他			
	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・R 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他			
	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・R 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他			
	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・R 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他			
	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・R 年 月 日生 歳	可・不可	要・不要	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他			
	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					