**第２回旭川レク・ボッチャ選手権大会**

**申込用紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名チーム名 |  | 代表者名 |  |
| ■連絡先 |
| ＭＡＩＬ |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

**【出場選手】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | お名前　 | 年齢　 | 障害の種類・部位 |
| □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| サポート者名： |
| ② | お名前　　 | 年齢　 | 障害の種類・部位 |
| □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| サポート者名： |
| ③ | お名前　 | 年齢　 | 障害の種類・部位 |
| □上肢　□下肢　□視覚　□聴覚　□知的　□精神　□なし　□その他 |
| サポート者名： |

※当日配布いたしますプログラムに「チーム名・お名前のみ」を掲載させていただきます。

※その他の目的で個人情報は使用いたしません

**【チーム紹介・意気込み】**※必ずご記入ください♪

**申込先はFAX または メールにてお願いいたします】**

スポーツ交流で誰にもやさしい旭川を考える会　担当　五十嵐

FAX : **0166‐38‐8211**MAIL :**event-info@kamui-daisetsu.org**

　　TEL 0166-38-8200 FAX 0166-38-8211 　MAIL : event-info@kamui-daisetsu.org