

第 21 回大阪車いすハンドボール大会 申込書

フリガナ		
チーム名		
代表者		
代表者住所	〒	
連絡先	TEL	FAX
代表者メールアドレス		
参加費について	参加には費用がかかります。大会当日受付にて参加費を納入。 理由の如何にかかわらず返金いたしません。 ご了承いただき、右の欄→口にチェック☑をいれてください。	<input type="checkbox"/>

背番号	フリガナ 名前	性別	年齢	障がいの有無	審判 協力
1				有 (障がい名:) ・ 無	
2				有 (障がい名:) ・ 無	
3				有 (障がい名:) ・ 無	
4				有 (障がい名:) ・ 無	
5				有 (障がい名:) ・ 無	
6				有 (障がい名:) ・ 無	
7				有 (障がい名:) ・ 無	
8				有 (障がい名:) ・ 無	
9				有 (障がい名:) ・ 無	
10				有 (障がい名:) ・ 無	
ビブス借用の申請				申請する ・ 申請しない	

※審判協力できる選手については、審判協力の欄へ○印を付けてください。
 上記の通り、申込みます。
 2024年 月 日
 大阪府立障がい者交流促進センター（ファインプラザ大阪）宛
 FAX: 072-296-6313