

令和元年度神奈川県精神障害者スポーツ大会〈バレーボール競技会〉参加申込書

チーム名			所属		
代表者名			地区 (該当に○)	①神奈川県域(横浜・川崎・相模原市を除く) ②横浜市 ③川崎市 ④相模原市	
代表者 連絡先	連絡先名称				
	住 所	〒			
	T E L			F A X	
	メ ー ル				

監督者名			コーチ名			マネージャー名		
No	ふりがな 選手名	性別	年齢	住所地(市町村名)	手帳	備考		
1					有・無	※キャプテン		
2					有・無			
3					有・無			
4					有・無			
5					有・無			
6					有・無			
7					有・無			
8					有・無			
9					有・無			
10					有・無			
11					有・無			
12					有・無			
通信欄								

締め切り**9月13日(金) 必着** 郵送またはFAXでお申込みください。

《申込先》公益財団法人神奈川県身体障害者連合会 〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡 4-2  
FAX 045-316-6860

# 令和元年度神奈川県精神障害者スポーツ大会〈ボウリング競技会〉参加申込書

※ 大会当日、レーン割振表等に氏名を掲載されたくない方は、チェック欄に☑をお願いいたします。チェックされた方の氏名は、掲載を希望される通称で掲載させていただきます。

<b>個人申込</b>			
ふりがな 氏名		氏名の掲載の可否	<input type="checkbox"/>
レンタルシューズ 希望	する・しない	性別 男・女	年齢 才
住所	〒		
T E L		メール	

<b>団体申込</b>							
ふりがな 申込責任者		連絡先名称					
連絡先	住所	〒					
	T E L		F A X				
	メール						
No	ふりがな 選手名	氏名掲載 の可否	性別	年齢	住所地（市町村名）	手帳	レンタルシューズ希望
1		<input type="checkbox"/>				有・無	する・しない
2		<input type="checkbox"/>				有・無	する・しない
3		<input type="checkbox"/>				有・無	する・しない
4		<input type="checkbox"/>				有・無	する・しない
5		<input type="checkbox"/>				有・無	する・しない
6		<input type="checkbox"/>				有・無	する・しない
7		<input type="checkbox"/>				有・無	する・しない
8		<input type="checkbox"/>				有・無	する・しない
<u>通信欄</u>							

○上記の氏名掲載の可否にチェックを入れた方のみ回答ください。

※ 団体申込で複数名、通称で掲載を希望される方がいる場合は、別紙にてご提出ください。

選手名	掲載を希望される通称

締め切り **11月13日(水) 必着** 郵送またはFAXでお申込みください。

《申込先》公益財団法人神奈川県身体障害者連合会 〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡 4-2  
FAX 045-316-6860

## 令和元年度神奈川県精神障害者スポーツ大会〈ボウリング競技会〉

※ 団体申込で複数名、通称で掲載を希望される方は、下記の表を使用してください。

No	選手名	掲載を希望される通称
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		