

平成 30 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28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

平成 30 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

個人申込

ふりがな 氏名					
レンタルシューズ 希望	する・しない	性別 男・女	年齢	才	手帳 有・無
住所	〒				
T E L		メール			

団体申込

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	性別	年齢	住所地（市町村名）	手帳	レンタルシューズ希望
1					有・無	する・しない
2					有・無	する・しない
3					有・無	する・しない
4					有・無	する・しない
5					有・無	する・しない
6					有・無	する・しない
7					有・無	する・しない
8					有・無	する・しない
9					有・無	する・しない
10					有・無	する・しない
通信欄						

締め切り **11月21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

平成 30 年度神奈川県精神障害者スポーツ大会〈卓球競技会〉参加申込書

個人申込

ふりがな 氏名				
卓球経験	あり ・ なし	性別 男・女	年齢 才	手帳 有・無
全国大会参加	希望する・希望しない	※県域・相模原市の選手のみ記入		
住所	〒			
T E L		メール		

団体申込

※全国大会参加の希望は、県域・相模原市の選手のみ記入

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	性別	年齢	住所地（市町村名）	手帳	卓球経験	全国大会参加
1					有・無	あり なし	希望する 希望しない
2					有・無	あり なし	希望する 希望しない
3					有・無	あり なし	希望する 希望しない
4					有・無	あり なし	希望する 希望しない
5					有・無	あり なし	希望する 希望しない
6					有・無	あり なし	希望する 希望しない
7					有・無	あり なし	希望する 希望しない
8					有・無	あり なし	希望する 希望しない
9					有・無	あり なし	希望する 希望しない
10					有・無	あり なし	希望する 希望しない
通信欄							

申込締切 8月14日（火）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

平成 30 年度神奈川県精神障害者スポーツ大会〈卓球教室〉参加申込書

個人申込

氏名 <small>ふりがな</small>				
卓球経験	あり ・ なし	性別 男・女	年齢 才	手帳 有・無
住所	〒			
T E L		メール		

団体申込

申込責任者 <small>ふりがな</small>			連絡先名称			
連絡先	住所	〒				
	T E L		F A X			
	メール					
No	選手名 <small>ふりがな</small>	性別	年齢	住所地（市町村名）	手帳	卓球経験
1					有・無	あり ・ なし
2					有・無	あり ・ なし
3					有・無	あり ・ なし
4					有・無	あり ・ なし
5					有・無	あり ・ なし
6					有・無	あり ・ なし
7					有・無	あり ・ なし
8					有・無	あり ・ なし
9					有・無	あり ・ なし
10					有・無	あり ・ なし
通信欄						

申込締切 8月14日(火) 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