

第14回多摩ボッチャ大会申込書

クラス	1. CWクラス		2. OPENクラス
チーム名			
(キャプテン) 選手①	ふりがな		障害名*1
	氏名		
	電話番号		競技中の車いす使用*2 有 ・ 無
	住所	※3 〒 —	競技中のアシスタント 有 ・ 無 ----- 競技中のランブ使用 有 ・ 無
選手②	ふりがな		障害名*1
	氏名		
	電話番号		競技中の車いす使用*2 有 ・ 無
	住所	※3 〒 —	競技中のアシスタント 有 ・ 無 ----- 競技中のランブ使用 有 ・ 無
選手③	ふりがな		障害名*1
	氏名		
	電話番号		競技中の車いす使用*2 有 ・ 無
	住所	※3 〒 —	競技中のアシスタント 有 ・ 無 ----- 競技中のランブ使用 有 ・ 無
チームボールの使用について			有 ・ 無

相談・連絡事項等がありましたらご記入下さい。大会担当より内容に応じて、連絡する場合があります。

- *1 障害者手帳に記載されている障害名を記入して下さい。
- *2 CWクラスのチームは、競技中だけでなく日常生活での車いす使用者となります。
- *3 都内在住ではないが、都内在勤・在学の場合は、所属先の都内住所もお書き下さい。
- 上記の個人情報は、第14回多摩ボッチャ大会の目的のみに使用させていただきます。
- 当センターの駐車場には限りがあります。当日は混雑が予想されますので、公共交通機関のご利用をお願いします。尚駐車場の確保はできませんが、駐車場を利用される方は台数の記載をお願いします。< 台 >
- 空欄の無いよう、記載をお願いいたします。