

第19回東京都障害者スポーツ大会 バレーボール競技(身体部門)参加申込書

団体名	
チーム名	

＜ チーム構成表 ＞

役職	氏名	フリガナ	ワッペンの有無	生年月日(西暦)	性別
監督			有 ・ 無	年 月 日	
コーチ			有 ・ 無	年 月 日	
マネージャー			有 ・ 無	年 月 日	

※ワッペンがない場合は、当日受付でIDカードを貸し出しいたします。大会終了後、必ず受付に返却してください。

	主将	背番号	氏名	フリガナ	生年月日(西暦)	性別
選手1					年 月 日	
選手2					年 月 日	
選手3					年 月 日	
選手4					年 月 日	
選手5					年 月 日	
選手6					年 月 日	
選手7					年 月 日	
選手8					年 月 日	
選手9					年 月 日	
選手10					年 月 日	
選手11					年 月 日	
選手12					年 月 日	

平成31年1月15日(火)までに提出ください。

【個人情報の取り扱いについて】

当協会は、業務上知り得た個人情報を、適切な業務運営に必要と認められる目的以外に利用もしくは第三者に開示・提供することはありません。

【申込に関する問い合わせ】

公益社団法人東京都障害者スポーツ協会
 〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1セントラルプラザ12階
 TEL03-6265-6001 FAX03-6265-6077
 担当：市川・田名網