

（様式 1） 第 2 6 回愛知県ボッチャ競技大会参加申込書

※空白に必要事項を、選択欄に○印を記入ください。また不足分はコピーのうえ記入してください。

※個人申込枠でお申込みの場合は、「N0」の欄の「1」の代表者へ通知等を送付します。

※この参加申込書に記載された個人情報は、本大会及びそれに付帯する業務の範囲内でのみ利用します。

※必ずチーム名を記入すること。（縦書）				（右の申込枠を○で選択）⇒				
				・団体申込枠（施設・学校・クラブ等）		・個人申込枠		
チーム名	N0	ふりがな 氏名		住 所 * No. 2, 3は電話番号のみ記載	勤務先・施設・学校 電話番号	緊急連絡先氏名 電話番号	介助者の 要否	
	1 代 表 者			〒			要・不要	
				TEL :	TEL :	TEL :		
		年齢	性別	障害区分		その他配慮	補助具使用の有無（ランプ等）	
		才	男・女	1：肢体 2：肢体（車椅子） 3：視覚 4：聴覚 5：内部 （ ） 6：知的 7：精神 8：無し（健常者） 9：その他（ ）		手話通訳（要・不要） 要約筆記（要・不要） その他（ ）	有 ・ 無 有の場合、補助具名（ ） ランプオペレーターを兼ねる 場合右欄に○を記載 ⇒	
	2					TEL（ ） — 要・不要		
		年齢	性別	障害区分		その他配慮	補助具使用の有無（ランプ等）	
		才	男・女	1：肢体 2：肢体（車椅子） 3：視覚 4：聴覚 5：内部 （ ） 6：知的 7：精神 8：無し（健常者） 9：その他（ ）		手話通訳（要・不要） 要約筆記（要・不要） その他（ ）	有 ・ 無 有の場合、補助具名（ ） ランプオペレーターを兼ねる 場合右欄に○を記載 ⇒	
	3					TEL（ ） — 要・不要		
		年齢	性別	障害区分		その他配慮	補助具使用の有無（ランプ等）	
		才	男・女	1：肢体 2：肢体（車椅子） 3：視覚 4：聴覚 5：内部 （ ） 6：知的 7：精神 8：無し（健常者） 9：その他（ ）		手話通訳（要・不要） 要約筆記（要・不要） その他（ ）	有 ・ 無 有の場合、補助具名（ ） ランプオペレーターを兼ねる 場合右欄に○を記載 ⇒	
チーム内3人以外の ランプオペレーターの有無（右記）				有 ・ 無	ランプオペレーター「有」と回答の場合、氏名・連絡先（右記）		氏 名： 連絡先：TEL（ ） —	