

第20回大濠公園障がい者駅伝大会 参加申込書

ふりがな					
チー ム 名	(※10文字以内でお願いします。)				
団体名 (施設・学校等)					
申告タイム	_____分 (※90分以内)				
ふりがな			ふりがな		
監督氏名			責任者氏名		
責任者 連絡先	〒				
	TEL		FAX		
	大会当日連絡先		(携 帯)		
区間	ふりがな		年齢	居住地 所属地	障害種別
	選手氏名				
1				東・西・南・早良 城南・中央・博多	肢体・視覚・聴覚 知的・精神・内部
	伴走の有無	有・無 (名)			
2				東・西・南・早良 城南・中央・博多	肢体・視覚・聴覚 知的・精神・内部
	伴走の有無	有・無 (名)			
3				東・西・南・早良 城南・中央・博多	肢体・視覚・聴覚 知的・精神・内部
	伴走の有無	有・無 (名)			
4				東・西・南・早良 城南・中央・博多	肢体・視覚・聴覚 知的・精神・内部
	伴走の有無	有・無 (名)			
5				東・西・南・早良 城南・中央・博多	肢体・視覚・聴覚 知的・精神・内部
	伴走の有無	有・無 (名)			
補欠 1				東・西・南・早良 城南・中央・博多	肢体・視覚・聴覚 知的・精神・内部
	伴走の有無	有・無 (名)			
補欠 2				東・西・南・早良 城南・中央・博多	肢体・視覚・聴覚 知的・精神・内部
	伴走の有無	有・無 (名)			

- ※ 居住地・所属地については、居住地か所属施設等がある地域に○をつけてください。
- ※ 伴走の有無・人数・理由については下の段にご記入ください。
- ※ 参加者は、十分な健康管理及び安全管理に努めるものとする。競技中に事故等が発生した場合、主催者は応急処置のみ行います。
- ※ 出場決定通知は、2月20日(月)頃に責任者連絡先住所に郵送いたします。

【問合せ先】福岡市障がい者スポーツ協会
TEL 092-781-0561 FAX 092-781-0565