

2024 HAKATAレクボッチャCUP 申 込 書

チーム名					
	チーム名は8文字以内でお願いします。漢字、アルファベットで1文字				
チーム名 (略称)					
	掲示用に使用します。5文字以内でお願いします。漢字、アルファベットで1文字				
所 属					
代表者氏名					
住 所					
連 絡 先					
E:mail	@				
参 加 選 手	NO	氏名	性別	年齢	障がいの状況
	1		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 健常
	2		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 健常
	3		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 健常
	4		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 健常
	5		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 健常
ランプの借用	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (台)				
【問合せ先・申し込み先】 〒812-0857 福岡市博多区西月隈5丁目6-1 福岡市立 博多障がい者フレンドホーム 担当 田村 HAKATAレクボッチャCUP実行委員会 TEL 092-586-1360 FAX 092-586-1397					

締め切り 10月27日(日) 必着