

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) | | | | |
| <p>【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</p> | | | | | |

締め切り 10月27日(日) 必着