

(様式1) 第25回愛知県ポ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、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	NO	ふりがな 氏名		住所	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 : その他 () 9 : 無し(健常者)		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 ()
2				〒			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 : その他 () 9 : 無し(健常者)		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 ()
3				〒			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 : その他 () 9 : 無し(健常者)		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 () -	