

文部科学大臣杯
第17回日本車椅子ハンドボール競技大会参加申込書
競技種別（競技の部 障がい者の部 フレンドリーの部）

フリガナ		連 絡 先	住所
代表者 氏名			TEL

チーム名

監督氏名

コーチ氏名

連絡用メールアドレス

番号	選手氏名	住所	年齢	性別	障害の有無
1				男・女	有・無
2				男・女	有・無
3				男・女	有・無
4				男・女	有・無
5				男・女	有・無
6				男・女	有・無
7				男・女	有・無
8				男・女	有・無
9				男・女	有・無
10				男・女	有・無
11				男・女	有・無
12				男・女	有・無
13				男・女	有・無
14				男・女	有・無
15				男・女	有・無

(注1) 連絡先の欄、選手氏名、年齢、性別、障害の有無は必ず記入してください。

(注2) チーム控はコピーしてください。

(注3) 申し込みは、メール、郵送あるいはFAXをお願いします。

メール宛先 : handa2310@mb.pikara.ne.jp

郵送宛先:

〒772-0021徳島県鳴門市里浦町里浦字坂田134-1

一般社団法人日本車椅子ハンドボール連盟事務局 半田 忠史

FAX宛先 : 088-686-8194

(注4) 申込締切日は、10月8日

(注5) 個人情報、掲載権および肖像権は主催者側に帰属いたし、参加者は、大会の参加申込した時点で承諾したものとします。

(注6) この用紙に記載された個人情報は、当連盟の活動に関わることにのみ使用致します。