

文部科学大臣杯第18回日本車椅子ハンドボール競技大会申し込み用紙
(一社)日本車椅子ハンドボール連盟会長
豊田昌夫様

(競技の部・障がい者の部・フレンドリーの部) ○で囲んでください

チーム名	代表者氏名
代表者住所：	電話番号：
監督氏名：	コーチ氏名：
マネージャー氏名：	トレーナー氏名：
主ユニホームの色：C P G K	サブのユニホームの色：C P G K

大会で使用する ユニホーム番号	選手氏名	年齢	性別	障害の有無

「選手NO」とあった所を「大会で使用するユニホーム番号」に改めます

(注1) 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) チームの控えはコピーしてください。

(注3) 申し込みは、メール、郵送、或いはFAXをお願いします。

メール宛先：handa2310@mb.pikara.ne.jp F A X 番号：088-686-8194

郵送宛先：〒772-0021 徳島県鳴門市里浦町里浦字坂田 134-1

(一社)日本車椅子ハンドボール連盟事務局 半田忠史

(注4) 申し込み締め切り日は、 月 日

(注5) 個人情報、掲載権及び肖像権は主催者側帰属いたし、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事にのみ使用いたします。