**文部科学大臣杯第21回日本車椅子ハンドボール競技大会**

**選手追加および変更届**

2023年　月　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加競技種別  （〇を記入） |  | 競技の部I |  | 競技の部II |
|  | フレンドリーの部I |  | フレンドリーの部II |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チーム名 |  | 記入者氏名 |  |

メンバー追加

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ユニホーム  番号 | フリガナ  氏　　名 | 年齢 | 性別 | 障害の種別 | 程度 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

メンバー変更

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更前 | | 変更後 | | | | | |
| ユニホーム  番号 | 氏　名 | ユニホーム  番号 | フリガナ  氏　　名 | 年齢 | 性別 | 障害の種別 | 程度 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

（注1）障害の種別は１．肢体（車椅子）　２．肢体（脳性麻痺）　３．肢体（切断）　４．肢体（機能障害）

５．視覚　　６．聴覚　　７．知的　　８．精神　　９．内部　１０．その他　より主なものを選択。

（注2）障害の程度は等級（１級、２級…）を記載。

（注3）障害がない場合は「障害の種別・程度」欄の記載は不要。

（注4）本用紙は代表者会議にて提出すること。