|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 新規 |  | 変更 |

**一般社団法人日本車椅子ハンドボール連盟「チーム登録申請書」**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | 2023年　　月　　日 | | チームID | | ※記入不要 | |
| フリガナ | |  | | フリガナ | |  | |
| チーム名 | |  | | 代表者氏名 | |  | |
| 代表者住所 | | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | |  | | E-mail | |  | |
| <メンバー登録> | | | | | | | |
| 役職 | | フリガナ  氏　　名 | 年齢 | | 性別 | 障害の種別 | 程度 |
| 役員 | 監督 |  |  | |  |  |  |
|  |
| コーチ |  |  | |  |  |  |
|  |
| トレーナー |  |  | |  |  |  |
|  |
| マネージャー |  |  | |  |  |  |
|  |
| 選手 | |  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |
|  |  | |  |  |  |
|  |

（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）メンバー登録欄は、登録者数に応じて適宜行数を追加して構わない。

（注5）役員（監督・コーチ・トレーナー・マネージャー）と選手の兼任は可能。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■登録費　1チーム　5,000円

■登録費振込先

GMOあおぞらネット銀行

法人営業部　普通　1455385

一般社団法人日本車椅子ハンドボール連盟

＊1：振込依頼人名は、必ずチーム名でお願いします

＊2：振込手数料は各チームで負担願います

■登録申請書送付先

一般社団法人日本車椅子ハンドボール連盟事務局（担当：江川）

[jimukyoku@jwhf.jp](mailto:jimukyoku@jwhf.jp)

Word版のままメール添付で提出してください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿