

第 20 回大阪車いすハンドボール大会 申込書

参加希望 ※どちらかに○印を 記入ください	【 】 チャンピオンシップの部	【 】 フレンドシップの部
チーム名		
代表者		
代表者住所	〒	
連絡先	TEL	FAX
代表者メールアドレス		
参加費について	参加には費用がかかります。大会当日受付にて参加費を納入。 理由の如何にかかわらず返金いたしません。 ご了承いただき、右の欄→□にチェック☑をいれてください。	☐

	背番号	ふりがな	性別	年齢	障がいの有無	審判協力
		名前				
1					有（障がい名： ） ・ 無	
2					有（障がい名： ） ・ 無	
3					有（障がい名： ） ・ 無	
4					有（障がい名： ） ・ 無	
5					有（障がい名： ） ・ 無	
6					有（障がい名： ） ・ 無	
7					有（障がい名： ） ・ 無	
8					有（障がい名： ） ・ 無	
9					有（障がい名： ） ・ 無	
10					有（障がい名： ） ・ 無	
ピブス借用の申請					申請する ・ 申請しない	

※審判協力できる選手については、審判協力の欄へ○印を付けてください。

上記の通り、申込みます。

2023年 月 日

大阪府立障がい者交流促進センター（ファインプラザ大阪）宛

FAX: 072-296-6313