

別紙 1-7-2

第7回福井県障がい者スポーツ大会 バレーボール(精神障がい者交流会の部)参加申込書

チーム名(ふりがな)				
連絡責任者	所属名 (事業所等)			
	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	担当者氏名(ふりがな)			
	携帯電話			
参加人数	役員 名	選手 名	計 名	

- ・対人傷害・対物傷害・自損等が発生した場合、主催者と協力して解決にあたります。
- ・健康・疾病・情緒の状態を勘案して、当方の責任にて判断し参加します。
- ・大会状況がマスコミ等に用いられる場合には、了承し協力します。
- ・大会プログラム等に障がい区分(重複障がい含む)、年齢区分、氏名、所属等を掲載することを了承します。

以上のことを承諾し、参加を申し込みます。

○選手

名 (うち、ボランティア 名)

○大会運営協力者

	氏名	フリガナ	性別	年齢	備考
1					
2					
3					

※予選ブロックおよび決勝トーナメントにおいて、各チームから3名(ラインズマン2名、得点係1名)をお願いします。(運営協力者の当日変更は可能)

※当日大会運営(各コートの試合運営、本部との連絡調整等)にご協力いただける方を、2名以上お願いいたします。