**福井しあわせ障スポ☆フェスタ**

様式5

**参 加 申 込 書　《ソフトバレーボール》**

※ほかの競技と重複しての事前申込みは**できません**。競技予定時間〔13：45～17：45〕

|  |  |
| --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| チ　ー　ム　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連　　絡　　　　先 | 所属名（事業所・学校等） |  |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| Ｔ　　Ｅ　　Ｌ |  |
| Ｆ　　Ａ　　Ｘ |  |
| メールアドレス |  |
| 連絡責任者（取りまとめ者） |  |
| 連絡先（携帯電話） |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　　　　　　名 | 障　が　い　区　分（該当する箇所に○を付けてください） | 特記事項（手話通訳・要約筆記・　車いす・サポート等） |
| 1 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 2 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 3 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 4 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 5 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 6 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 7 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 8 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 9 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |
| 10 | 　 | 精神　　 　・　　　 無 | 　 |

**※この用紙が足りない場合はコピーして使用してください。また複数のチームがある場合はチームごとに提出してください。**

＊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、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。

※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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | フリガナ | 性別 | 年齢 | 備考 |
| 1 | 　 |  |  |  |  |
| 2 | 　 |  |  |  |  |
| 3 | 　 |  |  |  |  |

 ※必要事項を記入の上、１１月２６日（金）までにお申し込みください。