千歳市民ボッチャ大会　参加申込書

**送信先：千歳身体障害者福祉協会事務局（千歳市社会福祉協議会内）**

**【　FAX：0123-27-2528　】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名 |  | 男・女 | 歳 |
| 住　所 | 〒　　　　　－ | | |
| 連絡先 | TEL | | |

* 18歳未満の方は、保護者氏名を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  氏　名 |  |

**以下について、該当する項目に☑をして、必要事項を記入してください。**

* **５月２６日（日）体験会への参加**
* **６月２４日（月）体験会への参加**
* **７月 ７日（日）大会への参加**

* + ボッチャの経験がある（ある場合は、回数や年数などをご記入ください。）

|  |
| --- |
|  |

* + 障がいがある（差し支えなければ、どのような障がいか簡単にご記入ください。）

|  |
| --- |
|  |

* + 車いすを利用する
  + 投球補助具を使用する
  + 競技アシスタント・介助者（同行者）を伴う

（該当する場合は、その方の氏名を記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  氏　名 |  |

* 参加に際して、必要な配慮等ありましたら、ご記入ください。

|  |
| --- |
|  |