

ボッチャ大会 申込書

ふりがな	
氏名	
住所	〒
連絡先	電話番号 メールアドレス
障がいの種類 ☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 肢体障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 内部障害
等級	種 級
障がい名	障害者手帳記載のとおり記入
投球方法 ☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 立って投げる（立位） <input type="checkbox"/> 座って投げる（座位） <input type="checkbox"/> ランプを使用して投げる（座位）

申込締切 : 令和5年 2月10日（金）

FAXで送信 (078) 271-5367

担当：障害者スポーツ振興センター 奥野、赤川