

第2回 ボッチャオープン大会申込用紙

チーム名

※チーム名のある方は上記にご記入をお願いします。

1	氏名		年齢	
	代表者住所	〒		
	電話番号			
	FAX番号			
	障害の種別		介護者	名
	車イスの使用	有 ・ 無		
	ランプ	要 ・ 不要 ・ 不明		
	鈴	要 ・ 不要 ・ その他		
2	氏名		年齢	
	電話番号			
	FAX番号			
	障害の種別		介護者	名
	車イスの使用	有 ・ 無		
	ランプ	要 ・ 不要 ・ 不明		
	鈴	要 ・ 不要 ・ その他		
	3	氏名		年齢
電話番号				
FAX番号				
障害の種別			介護者	名
車イスの使用		有 ・ 無		
ランプ		要 ・ 不要 ・ 不明		
鈴		要 ・ 不要 ・ その他		

※ご記入いただいた個人情報については、八尾市ボッチャ大会以外では一切使用いたしません

(登録人数)

1名から可能です。

(親権者の承諾)

18歳以下の選手は親権者の承諾を得なくてはなりません。

(その他の原則・注意点)

大会中の事故或いは怪我に対しては当然のこと、身体等への大きな損傷の場合でも、八尾中央ライオンズクラブ及び八尾市障害者総合福祉センターボッチャきずなリーグ実行委員会は、一切の責任を負わないことを参加条件とします。

申込送付先

八尾市立障害者総合福祉センター

〒581-0081 大阪府八尾市南本町8-4-5

TEL:072-993-0294 FAX:072-993-0334