

第5回 健康福祉プラザフライングディスク大会 申込書

ふりがな			性別 ○でお囲みください
氏名			男・女
障害 ○でお囲みください	視覚・聴覚（手話通訳希望・要約筆記希望） 知的（A・B1・B2）・精神 肢体不自由（車いす使用・杖使用・クラッチ使用） その他（ ）		年齢
			歳
住所	〒 -		
電話・FAX	(TEL)	(FAX)	
参加競技 ○でお囲みください	ディスタンス競技	座位で投げる ・ 立位で投げる	
	アキュラシー競技(個人戦)	5m ・ 7m	
	アキュラシー競技(団体戦)	参加 ・ 不参加	
	アキュラシー ベストスコア	投 ※団体戦のチーム分けの参考にします	
会場までの 交通手段 ○でお囲みください	車・バス・自転車・他（ ） お車でお越しの方は、障害手帳等をお持ちいただくと駐車料金が終日無料です。		

ふりがな			性別	年齢
ご家族の方の 氏名			男・女	歳
参加競技	ディスタンス競技	座位で投げる ・ 立位で投げる		
	アキュラシー競技(個人戦)	5m ・ 7m		
	アキュラシー競技(団体戦)	参加 ・ 不参加		
ご家族の方と 同チームの希望	希望する ・ 希望しない ・ どちらでも良い			

ふりがな			性別	年齢
ご家族の方の 氏名			男・女	歳
参加競技	ディスタンス競技	座位で投げる ・ 立位で投げる		
	アキュラシー競技(個人戦)	5m ・ 7m		
	アキュラシー競技(団体戦)	参加 ・ 不参加		
ご家族の方と 同チームの希望	希望する ・ 希望しない ・ どちらでも良い			

平成 年 月 日申し込みます

ご記入いただきました個人情報、並びに主催者が撮影した写真・映像は個人情報保護条例を遵守し、
当センターの情報誌、ホームページ掲載のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません

FAX: 072-243-4545

堺市立健康福祉プラザスポーツセンター

FAXでお申し込みの方は送信確認のお電話をお願いします (TEL: 072-275-5029)