

第6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
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） 肢体不自由（車いす使用・杖使用・クラッチ使用） 知的（A・B1・B2）・精神 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	右投げ 左投げ	座位で投げる・立位で投げる	
	アキュラシー競技(個人戦)	右投げ 左投げ	5m・7m ※アキュラシー「イリットファイブ」での競技が難しい方は スポーツセンターにご相談ください	
	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		

以下の記入欄につきましては、競技に参加せず付き添いのみの場合は記入の必要はありません。
競技に参加される介護者の方のみご記入ください。

ふりがな				性別	年齢
介護者の方の氏名				男・女	歳
参加競技	ディスタンス競技	右投げ・左投げ	座位で投げる・立位で投げる・不参加		
	アキュラシー競技(個人戦)	右投げ・左投げ	5m・7m・不参加		
	アキュラシー競技(団体戦)	参加 ・ 不参加			
アキュラシー団体戦 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
介護者の方の氏名				男・女	歳
参加競技	ディスタンス競技	右投げ・左投げ	座位で投げる・立位で投げる・不参加		
	アキュラシー競技(個人戦)	右投げ・左投げ	5m・7m・不参加		
	アキュラシー競技(団体戦)	参加 ・ 不参加			
アキュラシー団体戦 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)