

第15回火の国杯争奪九州障がい者オセロ大会 参 加 申 込 書

FAX 096-383-6554

ふりがな チーム名	
--------------	--

チ ー ム 代 表 者 連 絡 先	ふりがな 代表者氏名							
	連絡先住所（勤務先・自宅）※いずれかを○で囲んで※勤務先の場合勤務先名称（ 〒 県（市・郡）（区・町・村）							
	TEL				FAX			
	携帯				E-mail			
宿泊	有・無 ※いずれかを○で囲んでください		※宿泊「有」の場合 希望の部屋のタイプ・部屋数・ 宿泊人数を記入してください。		【部屋のタイプ】和室・洋室(ベッド) 【部屋数】() 室 【宿泊人数】() 人			
区分	番号	ふりがな 氏名	障がい種別 ※いずれかを○で囲んでください。	性別	※1 対局時の 補助の 希望	生年月日	車いすの使用 ※いずれかを○で囲んでください	宿泊
監督				男・女	有・無	年 月 日	有・無	する・しない
選手	1		・身体(肢体・視覚・聴覚・内部) ・知的 ・精神 ・上記以外の障がい()	男・女	有・無	年 月 日	有・無	する・しない
選手	2		・身体(肢体・視覚・聴覚・内部) ・知的 ・精神 ・上記以外の障がい()	男・女	有・無	年 月 日	有・無	する・しない
選手	3		・身体(肢体・視覚・聴覚・内部) ・知的 ・精神 ・上記以外の障がい()	男・女	有・無	年 月 日	有・無	する・しない
選手	4		・身体(肢体・視覚・聴覚・内部) ・知的 ・精神 ・上記以外の障がい()	男・女	有・無	年 月 日	有・無	する・しない
選手	5		・身体(肢体・視覚・聴覚・内部) ・知的 ・精神 ・上記以外の障がい()	男・女	有・無	年 月 日	有・無	する・しない
備考欄								

☆この申込書は、参加チームにつき1枚必要です。

また、参加する選手は、参加にあたって健康管理に十分配慮し、万一の事故に対しても一切の責任において処理される方とします。

☆申し込み期間は令和8年10月 1日(木)～10月31日(土)必着です。

ただし、定員に達した場合は、申込み期間であっても受付を終了することがあります。

☆申込書に記載の個人情報は、当協会が本大会のみに使用します。

☆次回以降の大会の案内に使用することがあります。

※1 対局時の補助の希望とは、規則(7)に則って、身体的理由により自分で石を返せない人に補助員を配置します。