ユニバーサルボッチャ大会

 **「十日町 CUP 2019」**申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 　チーム名 |  |
| 選　手　名（フルネイムで記入）　　　　　　　　　　　　　　　（年　齢） | 　障がい　（　　）内に障がい名を記入 |
| ①　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）歳 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ②（　　　　）歳 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ③（　　　　）歳 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④（　　　　）歳 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑤（　　　　）歳 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆代表者名 |
| ◆代表者住所　〒　　　　―　電　話：（　　　　　　）－　　　　　　　　　―　E-mail： |
| 受付NO | 受 付 日 | 受付担当者 | 備　考 |
|  |  　月　　日（　　） |  |  |

※ご記入いただいた情報は、本大会のために使用します。