

2025年度第9回くまもと障がい者パタンク大会(チーム・個人)参加申込書

令和7年 月 日申込

市・郡	町・村	チーム
【申込責任者】 *所属団体、施設名も記載		
【申込者住所】 (書類等送付先)	〒	
電話番号:	携帯電話(緊急連絡先)	

チーム参加	1	フリガナ 氏名	性別	年齢	障がいの有無	障がい種別	手話通訳	備考
			男・女	歳	有・無	身体 知的 精神	有・無	
	2	フリガナ 氏名	性別	年齢	障がいの有無	障がい種別	手話通訳	備考
			男・女	歳	有・無	身体 知的 精神	有・無	
	3	フリガナ 氏名	性別	年齢	障がいの有無	障がい種別	手話通訳	備考
			男・女	歳	有・無	身体 知的 精神	有・無	
交代要員		フリガナ 氏名	性別	年齢	障がいの有無	障がい種別	手話通訳	備考
			男・女	歳	有・無	身体 知的 精神	有・無	

※競技者の年齢については保険加入時に必要ですので必ずご記入下さい。

個人参加	1	フリガナ 氏名	性別	年齢	障がいの有無	障がい種別	手話通訳	備考
			男・女	歳	有・無	身体 知的 精神	有・無	
	2	フリガナ 氏名	性別	年齢	障がいの有無	障がい種別	手話通訳	備考
			男・女	歳	有・無	身体 知的 精神	有・無	

※個人申込の場合は、主催者でチーム編成を行います。(他の個人参加者と混成チームで競技)

※競技者の年齢については保険加入時に必要ですので必ずご記入下さい。

参加費	チーム参加 1チーム	1,500円	チーム	円
	個人参加 1人	500円	人	円
弁当代	弁 当(お茶付・税込)	800円	個	円
合計				円

【問い合わせ・申込先】 社会福祉法人熊本県身体障害者福祉団体連合会

〒860-0842 熊本市中央区南千反畑町3-7 熊本県総合福祉センター1階

TEL:096-354-7371 FAX:096-354-4136

締切日:令和7年9月5日(金)必着(厳守)