東 京 都 多 摩 障 害 者 ス ポ ー ツ セ ン タ ー

第39回　卓球大会参加申込書（個人用）

月　　日　　受付者

ふりがな 氏　名		男 ・ 女	昭和 平成　　年　　月　　日生 歳
住 所	〒　　—		
	TEL　　—　　—　　FAX　　—　　—		
緊急連絡先	連 絡 先　氏 名		
	電 話 番 号	—　　—	
所 属	※ 団体に所属されていない場合は空欄でお願いします		卓 球 歴 年
障 害 名	※ 障害者手帳に記載されている障害名をご記入下さい		
競 技 区 分	※ 出場種目に〇をして下さい ① 肢体不自由の部　② 車いす使用の部 ③ 精神障害の部　④ 知的障害の部 ⑤ オープンの部		
介助者 （同行者）	有　・　無	介助者 氏名	
	ありの場合は右に氏名をご記入ください。	※申込後の変更が生じた際にはセンターへご連絡ください。	
車での来館	有　・　無		

＊上記の個人情報は、卓球大会に関する目的のみに使用させて頂きます。

＊駐車場には限りがあります。なるべく車以外の交通機関をご利用のうえご来館ください。