

受付:令和 年 月 日()

第 33回交流卓球大会(STT)申込書 (個人)

出場種目番号に○をつけてください

- 1 視覚障がい者男子の部
- 2 視覚障がい者女子の部
- 3 視覚障がい者アイマスクなしの部(男女混合)

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名					
住所	〒				
電話 (FAX)					
大会当日 緊急連絡先	盲導犬		有 ・ 無		
	介護者		有 ・ 無		
障がい名					
卓球歴	年	クラブに所属していない場合は市町村名 クラブ名			

- ・参加費は一人¥1,000円です。当日、受付にてお支払いください。
- ・本用紙に記載されている個人情報は、事業目的以外に使用いたしません。
- ・ファックスでお申込みされる方は、受信確認のご連絡をお願いいたします。

電話 048-834-2248 FAX 048-834-3333

埼玉県障害者交流センター