

FAX送信票

048-822-1121(FAX) / 2004@sainokuni-sasa.or.jp(E-mail)
 埼玉県障害者スポーツ協会事務局 行き

令和4年度彩の国ふれあいピックバレーボール大会(精神障害の部) 参加申込書
競技大会(チャンピオンシップ) チーム情報記入用紙

チーム名		所属団体	
------	--	------	--

○役員(3名以内)

	役職	氏名	性別	所属機関	電話番号
1	監督				
2	コーチ				
3	マネージャー				

○チームへの事務連絡責任者

所属(施設等)名			
住所	〒		
ふりがな 氏名		職種	
TEL		FAX	
E-mail			
当日の 連絡先	(氏名)		(携帯電話)

【確認事項】

(1) 監督者会議の出欠について

	欠席		
	出席	オンラインでの参加	できる ・ できない
出席者名		メールアドレス	

(2) 大会運営協力者について

氏名①		氏名②	
-----	--	-----	--

※上記役員を兼務して構いません。

(3) 役員(監督・コーチ・マネージャー)ワッペン の貸与

*どちらかに印をつけてください。

	希望する
	希望しない

(4) 参加費について *どちらかに印をつけてください。各会場の監督者会議にてお支払ください。

	埼玉県障害者バレーボール協会 会員(3,000円)
	埼玉県障害者バレーボール協会 非会員(5,000円)

(5) 参加費の領収書宛名

--

FAX送信票 048-822-1121(FAX) / 2004@sainokuni-sasa.or.jp(E-mail)
 埼玉県障害者スポーツ協会事務局 行き

令和4年度彩の国ふれあいピックバレーボール大会(精神障害の部)「選手エントリー用紙
 競技大会(チャンピオンシップ)」

チーム名		所属団体	
------	--	------	--

選手(18名以内)

	ゼッケン No.	選手氏名	性別	年齢	身長	現住所市町村 (住民票のある地)	代表選考希望 (いずれかに○をつける)	出場資格に○をつける	
								手帳	自立支援医療
1					cm		有 ・ 無		級
2					cm		有 ・ 無		級
3					cm		有 ・ 無		級
4					cm		有 ・ 無		級
5					cm		有 ・ 無		級
6					cm		有 ・ 無		級
7					cm		有 ・ 無		級
8					cm		有 ・ 無		級
9					cm		有 ・ 無		級
10					cm		有 ・ 無		級
11					cm		有 ・ 無		級
12					cm		有 ・ 無		級
13					cm		有 ・ 無		級
14					cm		有 ・ 無		級
15					cm		有 ・ 無		級
16					cm		有 ・ 無		級
17					cm		有 ・ 無		級
18					cm		有 ・ 無		級

※大会プログラムには選手の氏名・性別・身長を掲載します。

令和4年度彩の国ふれあいピックバレーボール大会（精神障がい部門）
申込用紙（引率・付添者用）

チーム名			
責任者氏名			
連絡先	〒		
	TEL		
	緊急連絡先 (大会当日利用できる番号)		

No	氏名	性別	住民票のある地 (市町村名まで)
1 監督		男・女	
2 コーチ		男・女	
3 コーチ		男・女	
4 付添者		男・女	
5 付添者		男・女	
6 付添者		男・女	
7 付添者		男・女	
8 付添者		男・女	
9 付添者		男・女	
10 付添者		男・女	

※大会当日は、体調チェックシートを提出してください