

「精神障がい者ソフトバレーボール交流会」近畿ブロック大会大阪府代表選抜大会
 申込用紙【令和4年2月3日（木）開催 会場：大阪市舞洲障がい者スポーツセンター】

申込締切 令和4年1月14日（金）17:30 必着

チーム名							
チームの紹介 (特徴・モットーなど) ※パンフレット等に記載 させていただきます							
連絡先	機関名称						
	住所	(〒 -)					
	担当者						
	TEL		FAX				
	E-mail						
背番号	選手	氏名	フリガナ	年齢	性別	手帳の有・無	手帳に準ずる 証明書など
	主将					有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
						有・無	有・無
選手合計		人	※選手は12名まで。				
(役員)	監督						
	コーチ						
	マネージャー						
役員合計		人	※役員は3名まで。				
応援人数(予定)		人	※おおよその目安で結構です。				

【申込・お問合せ先】

※お申込は郵送またはメールにて。郵送の場合は必ず94円切手貼付の返信用封筒を同封してください。
 社会福祉法人精神障害者社会復帰促進協会（宛名は「復帰協」でも可）「ソフトバレーボール」係
 〒552-0001 大阪市港区波除5-7-6-201 開所時間：月～金の9:00～17:30（土日祝日は休所）
 E-mail：hukikyo@kss.biglobe.ne.jp TEL：06-6567-8071 FAX：06-6567-8089