**全国障害者スポーツ大会　精神障がい者ソフトバレーボール競技　近畿ブロック大会**

**大阪府代表選抜大会　選手等変更・追加　申込用紙**

・選手等の変更や追加がある場合は、郵送・メール・FAXにて　大会前日　2/2（水）17:00までに

この様式でご連絡ください。FAX送信の場合は、送信前又は送信後にお電話等でご連絡ください。

・変更・追加になった方についても２週間分（1/21（金）～2/3（木））の健康チェック表のご提出が必要です。

・最終的に記入した競技者の方のみがご参加可能です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **チーム名** | |  | | | | | | |
| 連絡先 | 機関名称 |  | | | | | | |
| 担当者（連絡先） |  | | | | | | |
| 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 |
| 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 |  | |  |
| 【提出先】　復帰協「ソフトバレーボール」係  〒552-0001　大阪市港区波除5-7-6-201  E-mail：hukikyo@kss.biglobe.ne.jp　FAX：06-6567-8089  （TEL06-6567-8071） | | | | | | | | |