

**第24回 全国オープン身体障がい者
愛知ふれあい卓球大会 申込書(大会・ボランティア)**

2025年7月12日(土)・13日(日)開催 6月 4日(水)必着

クラブ名				申込者名			
住所	〒 マンション名 号室まで			電話			
				FAX			
				携帯			
				Email			

※ 出場部門を明記し、強い順に記入して下さい。・氏名はフルネームで記入して下さい。
 ※ 住所は都道府県名及び市町村名を記入して下さい。

団体戦の部

チーム名					代表者名							
区分	(フリガナ) 氏名	性別	県名	○印をつけてください						備考		
				車	聴	肢	精	知	内		健	
選手1	男・女										
選手2	男・女										
選手3	男・女										
選手4	男・女										

個人戦の部 (障がい者の方も、いずれか1種目のみです)

No.	(フリガナ) 氏名	性別	県名	出場該当欄に○印をつけてください。													
				車	障がい者の部					オープンの部							
					聴	肢	精	知	内	車	聴	肢	精	知	内	健	
1	男・女															
2	男・女															
3	男・女															
4	男・女															

大会参加費
 団体戦 4500円 × 組 = 円
 個人戦 1500円 × 人 = 円
 合計 円

() FAX・郵送で申込みし参加料は入金締切日までに入金します。

() 参加料を添えて、直接申込みします。

2025年 月 日

ボランティア (どなたでも。選手でも試合ない時に、お手伝いいただける方は専任)

	氏名	TEL	クラブ	日付	ボランティア (○印)	
					AM	PM
1				7/12(土)	専任	専任
				7/13(日)	専任	専任
2				7/12(土)	専任	専任
				7/13(日)	専任	専任
3				7/12(土)	専任	専任
				7/13(日)	専任	専任

[受付日 担当者] [受付簿 担当者] [入金処理日 担当者]