

FDream2025 かながわ障がい者フライングディスク競技大会

E-mail : kanagawa_fd2003@yahoo.co.jp 郵送: 〒249-0005 逗子市桜山7-8-26
かながわ障がい者フライングディスク協会事務局あて

振込先 : ゆうちょ銀行 口座番号 10970-35731341 又は 支店:〇九八 口座番号:3573134
加入者名 ・ かながわ障がい者フライングディスク協会

参 加 申 込 票

FDream2025 かながわ障がい者フライングディスク競技大会実施要項について、承諾し、申し込みます。

☆参加選手の氏名にはフリガナをおねがいします。

申込責任者名					連絡先	自宅電話(FAX・携帯電話)	
メールアドレス	@						
住 所	〒						
参加選手の 該当する障 害種別を番 号で下に記 入してくだ さい。	種別コード : 身体障害 肢体 = 1 ・ 車椅子 = 2 ・ 聴覚 = 3 視覚 = 4 ・ 内部 = 5 ・ 盲聾 = 6 知的障害 = 7 精神障害 = 8 障害なし = 10				参加競技番号 ディスタンス (座位: 1、立位: 2) アキュラシー3m (3) ※条件あり アキュラシー5m (5) アキュラシー7m (7) FDreamダブルス5m (9)		
例 男	性別	フリガナ カナガワ タロウ	居 住 地	種別コード	利き腕	年齢	希望する競技番号を3つ迄記入
	氏名	神奈川 太郎	横浜市中区	2(車椅子)	左	23	1・5・9(〇〇さんと)
参加選手名							

※ダブルス競技申し込みは、ペア者を例の様(又は下段)に記入して下さい。

※申込票の内容は、かながわ障がい者フライングディスク協会にて厳重に保管され、本大会開催時のみに使用します。

※申込責任者様へは、次年度の大会案内及び別途大会等のご案内をさせて頂く事が有ります事をご了承願います。

※大会参加者の写真・ビデオの撮影を行い、報告書・ポスター等に使用することがありますので予めご承知下さい。

☆記入欄が不足のときは、必要に応じてコピーしてください。