

第 6 4 回 福 島 県 障 が い 者 ス ポ ー ツ 大 会
バ レ ー ボ ー ル 競 技 (聴 覚 障 が い 者)
参 加 申 込 書

チーム名	
------	--

区分	主将	背番号	氏 名	性別	生年月日	備考
監督						
コーチ						
マネージャー						
選手				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	
〃				男・女	S・H 年 月 日(歳)	

- ※ 年齢は令和8年4月1日現在の年齢を記入。
 ※ 主将の方は、主将の欄に○印を付けてください。
 ※ 代表者連絡先（もれなく記入してください）

〒 氏名
 住所
 電話 FAX

- ※ 申込先

公益財団法人福島県障がい者スポーツ協会