

第 6 4 回 福 島 県 障 が い 者 ス ポ ー ツ 大 会
ブ ラ イ ン ド ベ ー ス ボ ー ル 競 技
参 加 申 込 書

チーム名	
------	--

区分	主将	背番号	氏 名	生年月日	備考
監督					
選手				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				S・H 年 月 日 (歳)	
〃				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

- ※ 申込先

公益社団法人福島県視覚障がい者福祉協会