

第64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