

2017国際親善女子車椅子バスケットボール大阪大会 観戦・体験会申込書

次のとおり、申し込みます。

(10名以上からお申し込みください。)

平成 年 月 日

団体名 (校名等)	フリガナ			※学年もご記入ください
代表者名 (役職名)	フリガナ ()	連絡 担当者名	フリガナ	
所在地 (住所)	〒 ー	TEL		
		FAX		
観戦に ついて	参加日時	2月 日(曜日)	会場到着 会場出発	時 分
	参加人員	人(うち引率者等 人)		
	引率 責任者名	フリガナ	当日の連絡先 電話番号(携帯等)	
来場方法について	<input type="checkbox"/> 公共交通機関(電車・バス) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バス(マイクロ・大型)			

車椅子バスケットボール体験会 《申込締切:10月31日(月)必着》

(参加希望団体のみ)実施時間帯欄に○をつけ、参加希望人数を記入してください。

※応募状況により内容・人数を変更させていただくことがありますのでご了承ください。

【9日(木)】	【10日(金)】
①9時30分～10時20分 人	①11時45分～13時30分 人
②12時15分～13時30分 人	②15時15分～16時00分 人
③15時15分～16時00分 人	

その他、連絡、要望、特記事項等(車椅子使用の生徒がいるため、別に座席の配慮が必要である場合など)

観覧席での昼食

希望する ・ 希望しない

※同一校・施設等(団体)であっても、観戦・体験日時が異なる場合は、それぞれ参加申込書を提出してください。

(提出先)〒546-0034 大阪市東住吉区長居公園1番32号 大阪市長居障がい者スポーツセンター内
国際親善車椅子バスケットボール大阪大会実行委員会事務局

TEL:06-6606-1631/FAX:06-6606-1638

E-mail: sports@fukspo.org