受付:令和　年　月　日(　　)

第35回交流卓球大会(STT)申込書

出場種目番号に〇をつけてください

1　視覚障がい者男子の部

2　視覚障がい者女子の部

3　視覚障がい者アイマスクなしの部(男女混合)

ふりがな 氏　　名		性別	男・女	年齢	歳
住　　所	〒				
電　　話 (FAX)					
大会当日 緊急連絡先		盲導犬　　有　・　無			
障がい名					
卓球歴	年	クラブに所属していない場合は市町村名 クラブ名			

・参加費は一人￥1,500 円です。当日、受付にてお支払いください。

・本用紙に記載されている個人情報は、事業目的以外に使用いたしません。

・ファックスでお申込みされる方は、受信確認のご連絡をお願いいたします。

電話:048-834-2248　FAX:048-834-3333　e-mail:center-sports@sswc-gr.jp

埼玉県障害者交流センター