第４２回兵庫県ろうあ者ソフトボール大会チーム参加申込書

２０２３年　　月　　日

（公社）兵庫県聴覚障害者協会
スポーツ部長　古　　隆喜 宛

チーム参加される方は〇印してください。

チーム　１０，０００円		ふりがな	
		代表者名	

所属団体名	
FAX番号	
メールアドレス	
チーム名	
11/12(日) 監督主将会議	〔　〕 出席
	〔　〕 欠席 → 代理人名〔　　〕

【お願い】雨天等、緊急連絡が必要になりますため、上記のFAX番号またはメールアドレスを必ずご記入お願いします。

◎ 備考：監督か主将か記入してください。又は監督か主将か〇印をつけてください。

背番号	氏　名	性別	ろう・健聴	年　月　日	交通手段	備考
1				年　月　日		
2				年　月　日		
3				年　月　日		
4				年　月　日		
5				年　月　日		
6				年　月　日		
7				年　月　日		
8				年　月　日		
9				年　月　日		
10				年　月　日		
11				年　月　日		
12				年　月　日		

※60歳以上男性、小学生、女性いずれか2名以上登録厳守

◆パソコン入力したい方は、下記アドレスへメールしてファイルを請求してください。
★監督および主将は、監督主将会議に必ずご出席ください。都合が悪い場合は、代理人が出席してもかまいません。

▼お問い合わせ・申込先
(公社)兵庫県聴覚障害者協会　スポーツ部長　古　隆喜
FAX:067-635-8340　Email:hyogodeaf.sports@gmail.com