

第19回仙台市精神障害者バレーボール大会
兼第22回全国障害者スポーツ大会北海道・東北ブロック予選
仙台市代表チーム選考会

変 更 届【当日受付提出】

種 目	バレーボール	チーム名 (施設名)			
申込 担当者		連絡先	住所		
出場者数			TEL	FAX	
			Eメール		

	氏 名	性別	年齢	所 属
監 督				
コ ー チ				
マネージャー				

背番号	氏名	性別	年齢	保健福祉手帳の有無	医療機関・施設名等
1				有（ 級）・無	
2				有（ 級）・無	
3				有（ 級）・無	
4				有（ 級）・無	
5				有（ 級）・無	
6				有（ 級）・無	
7				有（ 級）・無	
8				有（ 級）・無	
9				有（ 級）・無	
10				有（ 級）・無	
11				有（ 級）・無	
12				有（ 級）・無	

- ※1 チームのエントリーは、監督1名、コーチ1名、マネージャー1名、選手12名の計15名以内とします。
- ※2 選手背番号は、なるべく1から12まででお願い致します。なお、主将は、番号を○で囲んで下さい。
- ※3 精神障害者福祉手帳を所持していない場合、利用している医療機関、施設等の名称を記入ください。
- ※4 エントリーに変更がある場合は大会当日、受付時に提出して下さい。