

送信先	(一社) 仙台市障害者スポーツ協会 〒983-0039 仙台市宮城野区新田東4丁目1-1 FAX 022-236-8691 メール info@sendai-dsa.jp ※添書は不要です。このまま送信ください。	送信日	年 月 日
		送信者	

**第20回仙台市精神障害者バレーボール大会
兼 特別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
出場申込書**

チーム名 (施設名)					参加者人数 名
申し込み責任者					
連絡先	住所	〒			
	電話		FAX		
	メール				
出場条件確認 ○をつけて下さい。		公式試合参加 (男女混合チームである)			
来場方法 ※いずれかを回し、自家用車等は台数を記入		<input type="checkbox"/> 公共交通機関			
		<input type="checkbox"/> 自家用車 (台)			
		<input type="checkbox"/> バス (大型 台、中型 台、マイクロ 台)			
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
エントリー表					
	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
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				有 (級) ・ 無	
				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○で囲んでください。
 - ※3 精神障害者保健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 出場申込書は、11月11日(金)までに提出してください。
 - ※5 選手のエントリーは当日の変更も可能です。その場合は変更用紙に記入し、当日受付の際に提出してください。
 - ※6 年齢は令和4年4月1日現在の年齢を記入してください。
 - ※7 メールでの受付も行っていますので、下記HPアドレスより書式ダウンロードの上、
「info@sendai-dsa.ne.jp」へご送付下さい。
- 仙台市障害者スポーツ協会ホームページアドレス【<https://www.sendai-dsa.jp>】