

送信先	一般社団法人仙台市障害者スポーツ協会	送信日	令和 年 月 日
	〒983-0039 仙台市宮城野区新田東4-1-1 宮城野体育館2階	送信者	
	FAX : 022-236-8691 / Eメール : info@sendai-dsa.jp	連絡先	

**令和8年度 仙台市知的障害者サッカー大会
兼 第25回全国障害者スポーツ大会 仙台市代表決定戦 出場申込書**

チーム名	
担当者氏名	
住所	
連絡先	

【役員】

役職	氏名	ふりがな	
監督			
コーチ			
コーチ			
トレーナー			
トレーナー			

【ユニフォームカラー】

ポジション	チーム	シャツ	ショーツ	スッキング	
フィールド プレイヤー	1st				
	2nd				
ゴール キーパー	1st				
	2nd				

【選手】

背番号	氏名	ふりがな	年齢
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

背番号	氏名	ふりがな	年齢
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

※年齢は令和8年4月1日現在の年齢を記入してください。また、キャプテン1名の背番号を○で囲んでください。

提出期限 : 3月 27日(金) ※プログラム掲載作業の都合上、ご協力をよろしくお願いいたします