

**第24回 全国オープン身体障がい者  
愛知ふれあい卓球大会 申込書(大会・ボランティア)**

2025年7月12日(土)・13日(日)開催 6月 4日(水)必着

クラブ名	申込者名		電話
住所	〒 マンション名 号室まで		FAX
			携帯
			Email

※ 出場部門を明記し、強い順に記入して下さい。・氏名はフルネームで記入して下さい。  
 ※ 住所は都道府県名及び市町村名を記入して下さい。

**団体戦の部**

チーム名		代表者名							備考
区分	(フリガナ) 氏名	性別	県名	○印をつけてください					
				車	聴	肢	精	知	
選手1		男・女							
選手2		男・女							
選手3		男・女							
選手4		男・女							

**個人戦の部 (障がい者の方も、いずれか1種目のみです)**

No.	(フリガナ) 氏名	性別	県名	出場該当欄に○印をつけてください。												
				車	障がい者の部					オープンの部						
					聴	肢	精	知	内	車	聴	肢	精	知	内	健
1		男・女														
2		男・女														
3		男・女														
4		男・女														

大会参加費	団体戦	4500円	×	組	=	円
	個人戦	1500円	×	人	=	円
				合計		円

( ) FAX・郵送で申込みし参加料は入金締切日までに入金します。

( ) 参加料を添えて、直接申込みします。

2025年 月 日

ボランティア (どなたでも。選手でも試合ない時に、お手伝いいただける方は専任)

	氏名	TEL	クラブ	日付	ボランティア (○印)	
					AM	PM
1				7/12 (土)	専任	専任
				7/13 (日)	専任	専任
2				7/12 (土)	専任	専任
				7/13 (日)	専任	専任
3				7/12 (土)	専任	専任
				7/13 (日)	専任	専任

[受付日 担当者 ] [受付簿 担当者 ] [入金処理日 担当者 ]