

第16回福岡県ろうあ者スポーツ交流会  
参加申込書

※受付期間：2024年11月1日（金）午前9時～12月1日（日）午後5時

※お願い：読みやすい字ではっきりとご記入ください。

送付先 FAX 092-582-2419

Mail fukuchosho@fad.or.jp

チーム名	
------	--

NO.	ふりがな 氏名	所属団体	連絡先	備考
記入例	ふくおか たろう 福岡 太郎	〇〇ろう協 〇〇手話の会	FAX 092-582-2419	車椅子 ランブ（補助具）希望
キャプテン				
1	-----			
2	-----			
3	-----			
4	-----			
5	-----			
6	-----			

参加費	4,000円
-----	--------

当日責任者		
住所		
連絡先	FAX	
	TEL	
	Mail	

お願い：当日ご連絡が取れる方をご記入ください。

お申込み後、3日以内に受付完了のお知らせがない場合は、お手数をおかけいたしますが、事務局までご連絡ください。