

地域交流フライングディスク大会

日時 令和6年11月3日(日) 10時～16時 *受付9時15分～

場所 ふれあいスポーツ交流館 アリーナ

対象 障害児者、中高齢者、健常者 (参加者との交流を希望される方)

【競技】アキュラシー競技(ディスクリート5)

5m先のゴールにディスクを10枚投げ、入った枚数を競います。
個人戦、団体戦を実施します。

団体戦は、1チーム3名とし、3名の合計記録で勝敗を決めます。

【定員】 個人戦 60名
団体戦 20チーム

※ 団体戦への参加を希望され、メンバーが揃わない場合は1名または2名のみでの申込も可能です。その場合は主催者側でチーム編成を行うため、1チーム4名などの編成となる可能性もありますので、予めご了承ください。

※ 定員を超えた場合は、障害者優先で先着順とさせていただきます。
メ切後、参加不可となった方のみに連絡を致します。

参加費・・・1名 500円
(当日受付にて徴収します)

申込方法・・・申込用紙に必要事項を記入の上、
下記宛先までお申し込みください。



メ切：10月16日(水) 必着

【申し込み・問合せ先】

兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター

ふれあいスポーツ交流館 TEL 0791-58-1313
FAX 0791-58-1323

〒679-5165 たつの市新宮町光都1-7-1



令和6年度 地域交流フライングディスク大会 参 加 申 込 書

1. 団体名と代表者連絡先について

団体名			代表者名	
連絡先	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	当日連絡先			

※定員を超える申し込みがあった場合は、受付番号順に障害者優先で先着順となります。

団体戦は、障害者が所属するチームを優先します。

※団体戦への参加を希望され、メンバーが揃わない場合は、1名又は2名のみでの申込も可と

(その場合、主催者側でチーム編成します。ただし、4名1組になる可能性がありますのでご了承ください。)

2. 競技に申し込む選手について

	ふりがな 氏 名	性別	年齢	障害について	付添者	申込種目に○をつけてください	
						個人戦	団体戦
1		男・女		なし・あり 障害名をご記入ください	なし・あり 氏名(フルネーム)		
2		男・女		なし・あり 障害名をご記入ください	無・有 氏名(フルネーム)		
3		男・女		なし・あり 障害名をご記入ください	無・有 氏名(フルネーム)		

3. 主催者に伝えておきたい事

--

4. 参加費と領収書について(確認のため、必ずご記入ください。)

参加費	500円×()名=()円
領収書	<input type="checkbox"/> 団体名でまとめて発行 <input type="checkbox"/> 選手個人名で人数分発行 <input type="checkbox"/> その他()

受付日 令和 6年 月 日	受付番号
受付者()	