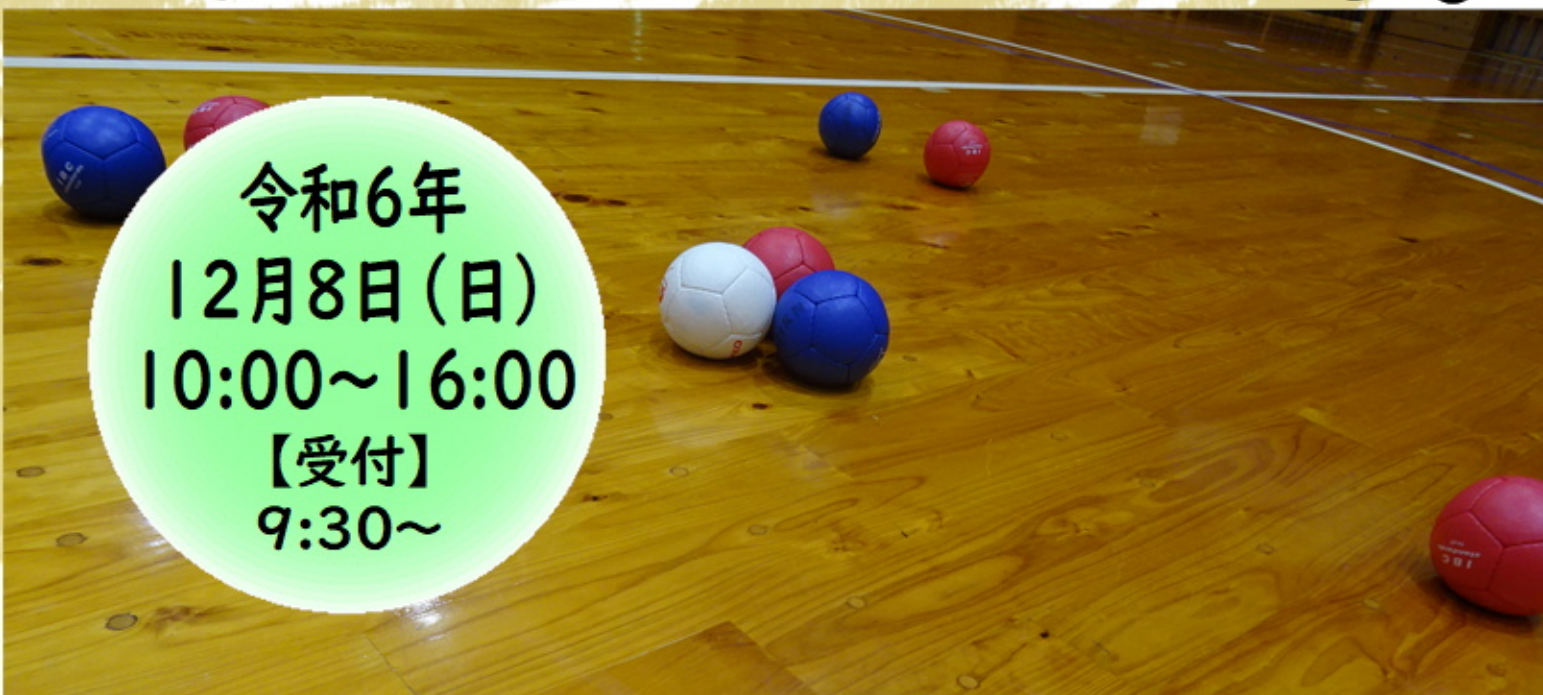


ふれあいボッチャ大会



令和6年
12月8日(日)
10:00~16:00
【受付】
9:30~

【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)

【参加費】 1人 ¥500

【競技方法】 ・団体戦(チーム戦)
3人1組のチーム戦
・予選リーグ戦及び決勝トーナメント
※ただし、申込数により競技方法を変更する場合があります。

【定員】 20チーム(60人)

【申込方法】 申込み用紙に必要事項を記入し、下記まで郵送又はFAXでお申し込みください。

締切 11月24日(日)

※定員をオーバーした場合は、障害者優先で先着順とさせていただきますのでご了承ください。
メ切後、参加不可となった方には連絡を致します。

【その他】 リハビリテーションセンター敷地内に病院があるため、共有スペースではマスクの着用にご協力をお願いいたします。

【会場・問い合わせ】

〒679-5165

兵庫県たつの市新宮町光都1-7-1

tel 0791-58-1313

fax 0791-58-1323

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



兵庫県社会福祉事業団

(個人 ・ 団体)

団体名			代表者名	
チーム名	※団体名と同じの場合記入不要			
連絡先	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	当日連絡先			

- 1) 申込書1枚につき、1チーム申込むことができます。
1チーム、3名以上5名以内での編成が可能です。
(ただし、賞品は3名分のお渡しになることがあります。予めご了承ください。)
定員(60名)を超える申込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のでご了承ください。
- 2) 「付き添い」「ランプ使用」の欄には○をつけてください。
- 3) 参加者把握のため、付き添いの方のお名前をご記入ください。

	氏 名 (ふりがな)	性別	年齢	障害名	付き添い	ランプ使用
1		男・女		無・有 ()	無・有 【名前】フルネーム	無・有
2		男・女		無・有 ()	無・有 【名前】フルネーム	無・有
3		男・女		無・有 ()	無・有 【名前】フルネーム	無・有
4		男・女		無・有 ()	無・有 【名前】フルネーム	無・有
5		男・女		無・有 ()	無・有 【名前】フルネーム	無・有

参加費	500円 × ()名 = ()円
-----	------------------------------

領収書	<input type="checkbox"/> 団体でまとめて発行 <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 年 月 日	受付番号
受付者氏名 ()	