

群馬県身体障害者スキー大会 参加申込書

フリガナ 氏名			性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)			
住所	〒			
電話番号			携帯番号	
緊急連絡先	氏名 (続柄:)		電話番号 ()	FAX番号 ()
障害名	(各障害者手帳に記載されている事柄を記入) 種 級			
車椅子の使用	無・有	障がい種別	身体・知的	
介護者・保護者	1	フリガナ 氏名:	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
	2	フリガナ 氏名:	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
無・有	3	フリガナ 氏名:	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)

同意書

群馬県身体障害者スキー協会

会長 阿部 敏弘 様

群馬県身体障害者スキー協会が主催するスキー大会に参加するにあたり、自己の健康管理に充分注意し、体調の悪い場合は参加を辞退いたします。

なお、万一の事故の場合には、主催者に対して主催者の契約した傷害保険以上の請求はいたしません。

令和 年 月 日

住所
氏名
(保護者)

令和 年 月 日

住所
氏名