

第45回関東障害者卓球選手権 茨城大会 申込書

【団体戦】

競技種目	1 肢体 2 車椅子 3 聴覚 4 知的 5精神
チーム名	
代表者	
連絡先	〒 _____

	電話携帯 _____
	電話/FAX. _____

NO	氏名	性別	等級	障害名
1				
2				
3				
4				

【 1チーム、3～4名で申し込むこと。】

※参加費領収書を必要な団体は○をお願いします→

この申込書は、申込明細書・参加費と併せて2024年7月1日(月)～7月15日(月)までに郵送すること。

第45回関東障害者卓球選手権 茨城大会 申込書

【団体戦】

競技種目	1 肢体 2 車椅子 3 聴覚 4 知的 5精神
チーム名	
代表者	
連絡先	〒 _____

	携帯電話 _____
	電話/FAX. _____

NO	氏名	性別	等級	障害名
1				
2				
3				
4				

【 1チーム、3～4名で申し込むこと。】

※参加費領収書を必要な団体は○をお願いします→

この申込書は、申込明細書・参加費と併せて2024年7月1日(月)～7月15日(月)までに郵送すること。