

# 第9回 “LESPO CUP” ボウリング大会

## 参加申込書（チャレンジクラス）

ふりがな 氏名		性 男 ・ 女 別	生年月日	年	月	日	生
			年齢				歳
連絡先	〒 _____						
	_____						
	TEL	( )	FAX	( )			
	携帯	( )	E-mail:				
勤務先等	※書ける範囲で結構です。						
障害種別	身体障害（肢体・視覚・聴覚・内部） ・知的障害A・B ・精神障害						
舗装具等	車椅子使用 ・ 投球台使用 ・ その他( )						
ボウリング歴	県外大会参加 ・ 県障がい者スポーツ大会参加 ・ 競技経験特になし(○を付けて下さい)						
介助者	氏名						
	連絡先						
備考	(ご意見・ご希望等がありましたら、ご自由にお書き下さい)						



※上記の個人情報は、大会運営に関する目的のみに使用させていただきます。

申込先：大分県障がい者ボウリング協会 事務局(担当：羽田野、多賀)  
〒870-0921 大分県大分市萩原1丁目12-8  
TEL・FAX : 097-558-2738  
E-mail : bowling-2002-o.b.f@alpha.ocn.ne.jp