**第１回日本障がい者（ID7-知的障がい者）バドミントン選手権大会**

**日　　時** 2019年8月17日（土）～8月18日（日）

**会　　場** 千葉市ハーモニープラザ

〒260-0844　千葉市中央区千葉寺町1208-2

TEL:043-209-8779

<http://www.chp.or.jp/>

**申込期間 2019年5月20日（月）～7月26日(金)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加者氏名** | **氏** | **名** |
| **フリガナ（カタカナ）** |  |  |
| **漢字表記** |  |  |
| **住所** | | |
| **〒　　　－** | | |
|  | | |
| **電話番号（　　　　）　　　　－　　　　　　自宅　　携帯　　勤務先　　※該当に〇** | | |
| **E-mail　　　　　　 　　＠** | | |
| **参加種目** | **シングルス　　　　ダブルス　※参加種目に〇** | |
| **ダブルスパートナー氏名** | **氏** | **名** |
| **フリガナ（カタカナ）** |  |  |
| **漢字表記** |  |  |

**参加料**

|  |  |
| --- | --- |
| **シングルス** | **１，０００円** |
| **ダブルス** | **１，０００円** |
| **（一社）日本障がい者連盟年会費** | **２，０００円** |
| **合計金額** |  |
| **振込日** | **年　　　月　　　日** |
| **振込人名** |  |

**私は大会要項を確認し同意の上、第1回日本障がい者（ID7-知的障がい者）バドミントン選手権大会への出場を申し込みます。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | ㊞ | | |
|
| 保護者氏名 |  | ㊞ | | |
|
| ※未成年者参加の場合は，保護者の方が署名・捺印してください。  帯同コーチ氏名 |  |  |  |  |
| コーチ氏名 |  | ㊞ | | |
|