

第25回 全国オープン身体障がい者
愛知ふれあい卓球大会 申込書(大会・ボランティア)

2026年8月1日(土)・2日(日)開催 6月19日(金)必着

クラブ名		申込者名	
住所	〒 _____ マンション名 号室まで		電話 _____
			FAX _____
			携帯 _____
			Email _____

※ 団体戦・個人戦とも 強い順に記入して下さい。 氏名はフルネームで記入して下さい。

団体戦の部

チーム名		代表者名								備考
区分	(フリガナ) 氏名	性別に ○	都道府県	○印をつけてください						
				聴	車	肢	精	知	内	
選手1	男・女								
選手2	男・女								
選手3	男・女								
選手4	男・女								

個人戦の部(障がい者の方も、いずれか1種目のみです)

No.	(フリガナ) チーム名	(フリガナ) 氏名	性別に○ 都道府県	出場該当欄に○印をつけてください。														
				車	障がい者の部						オープンの部							
					聴	肢	精	知	内	車	聴	肢	精	知	内	健		
1	男・女															
2	男・女															
3	男・女															
4	男・女															

大会参加費 団体戦 4500円 × 組 = _____ 円

個人戦 1500円 × 人 = _____ 円

() FAX・郵送で申込みし参加料は入金締切日までに入金します。 合計 _____ 円

() 参加料を添えて、直接申込みします。 2026年 月 日

ボランティア(どなたでも。選手で試合の合間にお手伝いいただける方も記入下さい)

	クラブ名	氏名	TEL	日付	可能時間帯に○印		選手兼任 ○印
					8時~13時	13時~18時	
1				8/1(土)			
				8/2(日)			
2				8/1(土)			
				8/2(日)			
3				8/1(土)			
				8/2(日)			

申込に関する補足事項があれば記入下さい

[受付日 担当者][受付簿 担当者][入金処理日 担当者]