

なごや精神障がい者バレーボールを広める会事務局

北・西区障害者地域生活支援センター 担当:新井 行 (FAX:052-910-8078)

第5回 愛知県精神障害者スポーツ(バレーボール)大会  
選手登録票

チーム名						
施設・団体名						
NO	ふりがな	性別	生年月日			
	選手氏名					
1		男・女	S・H	年	月	日
2		男・女	S・H	年	月	日
3		男・女	S・H	年	月	日
4		男・女	S・H	年	月	日
5		男・女	S・H	年	月	日
6		男・女	S・H	年	月	日
7		男・女	S・H	年	月	日
8		男・女	S・H	年	月	日
9		男・女	S・H	年	月	日
10		男・女	S・H	年	月	日
11		男・女	S・H	年	月	日
12		男・女	S・H	年	月	日

役員氏名

監督	
コーチ	
マネジャー	

連絡責任者 ※e-mailは当日の開催有無の緊急連絡先となりますので必ず記載してください。

施設・団体名	
住所	
氏名	
電話(FAX)	
E-MALL(必須)	

※記載は現段階でわかっているものでかまいません。

※平成20年7月31日必着