

### 第 3 4 回横浜市ハンディキャップテニス大会参加申込書

【重要】当落連絡について、原則として【参加者】へEメールにてお知らせします。

E-mail アドレスは、はっきりと正確にご記入ください。

ゼロ「0」、アンダーバー「\_」、ハイフン「-」、ピリオド「.」など判別しにくい文字はフリガナをご記入ください。

参 加 者						
ふりがな						
名 前			性別	男・女	大会時 年齢	歳
住 所	〒				事務局記載欄	
TEL/FAX	TEL ( )		FAX ( )			
E-mail	携 帯 ( )					
<b>当落連絡先<sup>フリガナ</sup>E-mail(必須)</b>						
障害区分	1. 障害名 ( ) 等級: 2. なし				1. ワンバウンド 2. ツーバウンド	
車椅子使用	有・無	手話通訳	要・不要	筆記通訳	要・不要	
経験年数	年                      カ月                      (障害者の方は障害受障後)					
参加種目	いずれかに☑をしてください <input type="checkbox"/> ①ツーバウンド初中級クラス <input type="checkbox"/> ②ツーバウンド中上級クラス <input type="checkbox"/> ③初級クラス <input type="checkbox"/> ④中級クラス <input type="checkbox"/> ⑤上級クラス ※申し込み状況等により主催者の判断でクラス変更をお願いする場合がございます					
パートナー紹介	1. 希望する      2. 希望しない					
コメント						

内容確認等のため大会事務局より連絡をさせていただく場合があります。

パ ー ト ナ ー						
ふりがな						
名 前			性別	男・女	大会時 年齢	歳
住 所	〒				事務局記載欄	
TEL/FAX	TEL ( )		FAX ( )			
E-mail	携 帯 ( )		E-mail			
障害区分	1. 障害名 ( ) 等級: 2. なし				1. ワンバウンド 2. ツーバウンド	
車椅子使用	有・無	手話通訳	要・不要	筆記通訳	要・不要	
経験年数	年                      カ月                      (障害者の方は障害受障後)					

<b>駐 車 場</b>	合計                      台                      分
--------------	--

参加費について <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 当選連絡後、7日以内に参加費2,500円×__人分を <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留    にて支払います。
--	--