2025年度 横浜パラスポーツフェスティバル「ボッチャ」

「チーム戦」申込用紙

申込年月日	2025年　　月　　日

チーム名	

1人目（代表者）

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦）　　年　月　日 （　　歳）	
住所	〒　　―		電話番号	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳： 必要 ・ 不要 ）			
障害者手帳の有無	知的（ B2 B1 A2 A1 ） 精神（　　級） 身体（　　級） 手帳なし 手帳がなく以下の証明書がある方は〇をつけてください （ 受給者証 ・ リハセンター又は療育センター利用証明書 ・ 特別支援教育在籍証明書 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）			

2人目

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦）　　年　月　日 （　　歳）	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳： 必要 ・ 不要 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）			

3人目

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦）　　年　月　日 （　　歳）	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳： 必要 ・ 不要 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）			

4人目

氏名	ふりがな	性 別	生年月日	ラポール利用者番号
		男 ・ 女	（西暦）　　年　月　日 （　　歳）	
障害名	（聴覚障害の方･･･手話通訳： 必要 ・ 不要 ）			
合併症	①てんかん：無 ・ 有（発作頻度：　　直近の発作時期：　　） ②その他の合併症（　　）			

＊この個人情報は、当センター事業の目的以外で使用することはありません。