「チー	ム戦」	由认	用紙
' <i>/</i> ,	<b>──</b> +ス	アと	ノココルレ

申込年月日 20

2025年

月 日

チーム名

1		(代表者)
- 1	$\Lambda$	

.,,,,,,	(TVX-I)									
	ふりがな	性 別	性 別 生年月日					ラポール利用者番号		
氏名		男・女	(西暦)		年 (	月	日 歳)			
住所	<del>-</del>			電話番号						
障害名				(聴	覚障害の	の方・	・・手話選	郵: 必要・不要)		
障害者	知的(B2 B1 A2 A1 ) 精神( 級) 身体( 級) 手帳なし									
手帳 の有無	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 ( )									

_	
$\sim$ 1	
<i>,</i>	
$\sim$	

	ふりがな	ふりがな			とりがな 性別 生年月日					ラポール系	川用者番号
氏名					(西暦)	年	月	日			
				男・女			(	歳)			
障害名						(聴覚障	害の方・	・・手話追	到: 必要	・不要)	
<b>∧</b> ₩ <u></u> =	①てんかん	:無・有(	発作頻度	:	直近の乳	発作時期:		)			
合併症	②その他の	)合併症(			)						

## 3人目

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

## 4人目

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