

**第23回ザ・チャレンジドゴルフトーナメント 厚生労働大臣杯 全国身体障害者ゴルフ大会
参加申込書(平成29年11月3日)**

ふりがな				
氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	T・S・H	年 月 日	(年齢) 才	
住所(自宅)	〒 -			
*勤務先の場合は社名を記入				
連絡先	TEL - - FAX - -	携帯電話番号及び緊急連絡先	- -	
	メール			
障がい名と状況	起因疾患			
	障害者手帳NO (初参加の方は必ず障害者手帳の写しを添付して下さい)			
	付き添い	有 無	車イス 有 無	
参加競技種目	【大会参加部門に ○をつけてください】 ①上肢 ②下肢 ③片麻痺 ④内部 ⑤聴覚 ⑥弱視 ⑦全盲 ⑧車イス ⑨チャンピオン(障害種別記入)			
参加回数	回目	・	初参加 (平均スコア)	
交流会確認	11月2日 チャレンジド交流会参加	する	・ しない (参加費不要)	
(付き添い含)	交流会参加の同伴者(名) 同伴者名()			
お振込み金額 内 訳 (お振込みの確認 ができましたら申 込完了とさせてい たきます。)	①参加費用 15,000円	<input checked="" type="radio"/>	プレー費 12,000円 参加費 3,000円 11/3 競技参加費・食事・記念品・表彰式パーティーを含む。	15,000円
	② 2,500円/1名	<input type="radio"/>	11/3 付添者 表彰式パーティー【 名】(名前)	円
	③ご協賛 1口1,000円	<input type="radio"/>	【 】口	円
	お振込み金額合計			円
連絡欄				
⑤ オプション	<input type="radio"/>	11/2 ゴルフ ハーフラウンド	(料金 4,000円 税別、料金は当日フロントにて徴収します)	
希望者のみ	<input type="radio"/>	11/2 ゴルフ 1Rプレー	(料金 8,000円 税別、料金は当日フロントにて徴収します)	

振込先 三菱東京UFJ銀行 名古屋営業部 普通 6891579 トクヒ)ニホンザ・チャレンジドゴルフキョウカイ

連絡先 NPO法人日本ザ・チャレンジドゴルフ協会 Tel 059-253-6605 Fax 059-237-3612
〒514-0077 三重県津市片田長谷町30番地 津カントリー倶楽部内

【お願い】

- * 視覚障がい者・車イスの方は、必ずパートナー(同伴者)が必要です。
- * E-MAILアドレス・FAXをお持ちの方は、必ずご記入ください。

申込・振込み締切 9月30日(土)



* 事務局記入欄申込受付フロー



