

「チーム戦」申込用紙

申込年月日	2026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○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 ()				

*裏面もご記入ください

横浜パラスポーツフェスティバル「ボッチャ②」

承諾書

以下をご確認の上、ご署名をお願いします

プログラム中に写真やビデオを撮影させていただくことがあります

この記録はプログラムの評価及び事業報告やプログラムの案内等に活用させていただくことがあります

プログラム中の写真・ビデオ撮影についてご承諾いただけますか？

※チーム戦に出る方は、チームの方と撮影に関して情報共有をお願いいたします。

承諾する ・ 承諾しない

(顔出し可 / 後ろ姿のみ)

署名： _____ (保護者・家族署名も可 代筆者の続柄： _____)

※この個人情報は、当施設の事業目的以外で使用することはありません