

「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 男・女	生年月日		ラポール利用者番号
			(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 男・女	生年月日		ラポール利用者番号
			(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 男・女	生年月日		ラポール利用者番号
			(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 男・女	生年月日		ラポール利用者番号
			(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 ()				