**令和４年度日本知的障害者ソフトボール連盟東日本大会参加申込書**

**令和４年　　　月　　　　日（FAX発信日）**

|  |  |
| --- | --- |
| **送信先** | **Fax：0198－28－2089****岩手県立花巻清風支援学校　高等部****岩手県知的障がい者ソフトボールチーム****いわてスマイリーズ監督　羽藤　行** |

**※複数チームを申し込まれる場合、１チームにつき１枚の参加申込書を提出してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| チーム名 |  |
| 代表者名（ふりがな） |  |
| 代表者連絡先 | 電話 |  |
| FAX |  |
| 当日連絡責任者名（ふりがな） |  |
| 責任者連絡先 | 携帯 |  |
| メール |  |
| 来場手段 | □マイクロバス　□自家用車□大型バス　　□公共交通機関□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 参加人数 | 選手　　人・スタッフ　　人 |
| 参加日（○を付けてください） | ・両日　・８月１３日　・８月１４日 |
| 通信欄 |

ＦＡＸ：