

所属名	代表者名	連絡先住所	電話/FAX
			電話 FAX
Eメール			

No.	氏 名	性 別	生年月日	障害種別	手帳等級
1	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	・肢体不自由 ・視覚 ・聴覚 ・知的 ・その他( )	種 級
	県障害者スポーツ大会への参加の有無				
2	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	・肢体不自由 ・視覚 ・聴覚 ・知的 ・その他( )	種 級
	県障害者スポーツ大会への参加の有無				
3	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	・肢体不自由 ・視覚 ・聴覚 ・知的 ・その他( )	種 級
	県障害者スポーツ大会への参加の有無				
4	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	・肢体不自由 ・視覚 ・聴覚 ・知的 ・その他( )	種 級
	県障害者スポーツ大会への参加の有無				
5	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	・肢体不自由 ・視覚 ・聴覚 ・知的 ・その他( )	種 級
	県障害者スポーツ大会への参加の有無				
6	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	・肢体不自由 ・視覚 ・聴覚 ・知的 ・その他( )	種 級
	県障害者スポーツ大会への参加の有無				
7	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	・肢体不自由 ・視覚 ・聴覚 ・知的 ・その他( )	種 級
	県障害者スポーツ大会への参加の有無				
8	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	・肢体不自由 ・視覚 ・聴覚 ・知的 ・その他( )	種 級
	県障害者スポーツ大会への参加の有無				

提出先: 鹿児島県障害者自立交流センター  
 TEL 099-218-4333 FAX 099-220-5420  
 E-mail heartsyougai@heartpiakagoshima.jp