日本視覚障害者卓球連盟審判部

**第1９回全国視覚障害者卓球大会**

**審判員の応募用紙　＜FAX・郵送用＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 登録番号
 | ― |  | 都 道府 県 |
| 1. 氏名
 | ふりがな |
|  |
| 1. 住所
 | 〒　　　－ |
| 1. 連絡先
 | ※連絡の取れる電話番号 |
| ※メールアドレス |
| 1. その他
 | （　　）宿泊を希望する　　　　※希望者は「〇」をつけてください。 |
| （　　）感染対策に関して、主催者の指示に従います　※「〇」をつけてください。無記入の場合はお断りいたします。 |
|  |
| 申込み日 | 202３年　　　月　　　日 |

**期限は、8月15日必着です！**