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！**