日本視覚障害者卓球連盟 審判部

**第1６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. 協力日 | ※11月８日(金)は全員参加 | | |
| （　　）11月9日(土)　　 （　　）11月10日(日) | | |
| 1. その他 |  | | |
| （　　）宿泊を希望する　※〇をつけてください。 | | |
| 申込み日 | | 2019年　　　月　　　日 | |

**FAX: 06-6858-4363 　期限は、9月15日必着です！**