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！**