

知的障がい者用

2024年度チャレンジスイムフェス in K O B E 兼日本パラ水泳通信総合記録会
個人申込書

*どちらかに○をつけてください。
日本知的障害者水泳連盟には (登録済 ・ 未登録)

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日生
		年齢	歳
住所	〒 -	電話番号	
		E-mail	

※要綱を参照して競技番号、①～②⑨を記入してください。

競技番号	クラス	エントリータイム (出場種目)		
	S14	①【種目名】	m	タイム 分 秒
	S14	②【種目名】	m	タイム 分 秒

所属・団体名：

①参加料		金額
参加費一種目 (登録選手1,000円・未登録選手1,500円)	登録 ・ 未登録	円
参加費二種目 (登録選手・未登録選手一律1,000円)		円

※登録については(一社)知的障がい者は日本知的障害者水泳連盟の登録になります。

②通信記録会参加会員		金額
①以外に本記録会の通信記録会賛助金(実施要項の11. ③参照)		円
①参加料 + ②通信記録会参加会員	合計金額	
① 円	② 円	円

※申し込み後のキャンセル等については受け付けられませんのでご了承ください。

本記録会には、健康管理、事故等に十分注意し自己の責任において
参加する旨を署名し誓約します。
(本記録会開催日及び会場：2024年9月16日 神戸市立市民福祉スポーツセンター)

2024年 月 日

署名 印