H-29様式１

一般社団法人日本知的障害者水泳連盟　選手登録用紙

【個人・団体登録】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | | | ※　新規登録の方は未記入でお願いします。 | | |
| 所属名 |  | | 登録区分 | | |  |
| フリガナ |  | |  | | |  |
| 選手氏名 |  | | 性　　別 | | |  |
| 生年月日 |  | | 年　齢  (4月1日現在) | | | 歳 |
| 郵便番号 |  | 都道府県名　又は  政令指定都市名 | | | |  |
| 現住所  (都道府県名から記入) |  | | | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 療育手帳の番号 |  | ※療育手帳について都道府県から記入をお願いいたします | | | | |
| ふりがな |  |
| 保護者名 |  | 携帯番号 | | |  | |
| 住　所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | | |  | |

※登録番号は、右詰めにてご記入ください。

　必ず、全ての項目にご記入をお願い致します。

**団体所属の選手は団体の代表者を通してお申込みください。**

|  |
| --- |
| 個人登録の方のみ　　　　　　　（郵便振込の控えをここに  添付してください。） |

平成２９年　　月　　日

保護者・後見人など（法廷監督義務者）

住　　所　　〒　　　　－

電話番号　　　　　　　－　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　（自署・捺印）

　　　　　　　※必ず捺印をお願いいたします。