R2－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）	
障　害　名		手　帳　の　等　級	
診　断	障害名がダウン症の方は、下記の□にチェックをお願いいたします。 □ダウン症（フルトリソミー）　□ダウン症（モザイク型） **※染色体核型とモザイクの細胞のパーセンテージの診断がされている方は、下記に記載してください。**（染色体の形　　細胞　　%）		
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	
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	
メールアドレス			
保護者・後見人名		日中連絡可能な番号	(携帯電話) (お名前)
選手との続柄		メールアドレス	
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。）

2020 年　　月　　日

保護者・後見人など（法廷監督義務者）

住　所　〒　　－

電話番号　　－　　－

氏　名（ふりがな）　　印

（自署・捺印）　※必ず捺印をお願いいたします。

一般社団法人日本知的障害者水泳連盟