R3－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 |  | | 生年月日 | | |  |
| 選手氏名 |  | | 年齢（４月１日現在） | | |  |
| 英字氏名 |  | | 性別 | | |  |
| 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。 | | | |
| 政令指定都市 |  | | | | | |
| 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 |  | | | | | |
| 学校名又は会社名 |  | | | | ※正式名称での記入をお願いします。 | |
| 保護者・後見人名 |  | 電話番号 | |  | | |
| 選手との続柄 |  | メールアドレス | |  | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 日中連絡可能な番号  （本人との関係） |  | ＦＡＸ番号 | |  | | |

※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　　　　　　　（郵便振替の控えをここに  添付してください。） |

2021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。　　　　一般社団法人日本知的障害者水泳連盟