

令和8年度 広島市心身障害者福祉センター バスケットボール交流会 申込書(団体用)

団体用				申込期間 令和8年7月1日(水)～7月15日(水)		担当 杉山・田中	
団体名			希望リーグ		①BBリーグ・②EBリーグ (どちらかに○をしてください)		
ふりがな 代表者 お名前		写真撮影NG □	住 所	〒			
↓ 審判協力者を1名選出してください。			連絡先	電話番号:			
ふりがな お名前		写真撮影NG □					

※交流試合は参加せず交流会イベントだけ参加、またはその逆でも申し込み可能です。希望する種目をすべて○してください。

参加者名 ※活動風景や集合写真をホームページや館内掲示板等掲載する場合があります。写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓を入れてください。

ふりがな ①名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐	ふりがな ⑦名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐
ふりがな ②名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐	ふりがな ⑧名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐
ふりがな ③名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐	ふりがな ⑨名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐
ふりがな ④名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐	ふりがな ⑩名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐
ふりがな ⑤名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐	ふりがな ⑪名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐
ふりがな ⑥名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐	ふりがな ⑫名前 _____ 歳 1. 希望種目 [交流試合 / 交流会イベント ③フリースロー対決・④3ポイントシュート対決] 2. 障がい [聴覚 肢体 知的 精神 その他: _____] 3. 介助者 有／無 (有の場合氏名: _____) 4. 写真撮影を希望しない方はチェック欄に✓ ☐

※応募者多数の場合は抽選となります。当落結果をご連絡いたしますので、必ず代表者の住所をご記入の上、通信費110円を添えて受付にご提出ください。

受付日 / 受付者 ()
お預かり (通信費 110円 □)