受付番号

記入不要

様式Ⅰ

（　　　　　）地区キラキラＦＤフェスティバル

（参加する地区ごとに別葉でお申し込みください）

参 加 申 請 書

参加する地区を記入する。

個人参加の場合→　参加者氏名

団体参加の場合→　団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

競技参加者数　　　　　　名

プログラム４

アキュラシー団体競技大会にチームとして参加の場合→　チーム名

お願い

障害者選手1名のみのご参加は事故防止のためご遠慮ください。

選手複数，または同行者とご参加ください。

保護者等の承諾事項

１．参加者が競技会において，対人傷害・対物傷害・自損等が発生した場合，

主催者と協力して解決にあたります。

２．参加者の健康・疾病・情緒の状態を勘案して，当方の責任にて判断し参加いたします。

３．参加者の競技会状況がマスコミ等に用いられる場合には，了承し協力いたします。

以上の事項を承諾して，ここに参加申請いたします。

平成29年　　　月　　　日

保護者：代表者

住所〒

氏名　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）

必要に応じてコピーしてください。

裏面

様式Ⅱ