

第六回フェニックス杯 申込書

申込み FAX : 06-6699-8134

申込み締切 : 2025年12月25日(木)迄

参加リーグ	ベーシックリーグ	・	アドバンスリーグ
チーム名	(どちらか丸で囲んで下さい)		
施設名・事業所名			

【参加メンバー記入欄】

番号	ふりがな 氏名	年齢	ランプ	代表者	代表者の連絡先（住所・TEL・メール）記入欄
1				<input type="radio"/>	
2				/	
3				/	
4				/	
5				/	

・ランプが必要な方は、○をつけてください。 (*ランプとは：自ら投げる事ができない方の為の自助具です)

・料金は、当日受付にて徴収します（釣り銭のいらないように、ご協力をお願いします）

・各チームは、代表者の方を1人選出頂き、その方の連絡先の記入をお願いします（他の方は連絡先の記入は不要です）

問合せ先 : 〒546-0035 大阪市東住吉区山坂5-11-21 大阪発達総合療育センター 運営局 梶浦宛

☎06-6699-8731 FAX : 06-6699-8134 ご不明な点はお電話にて問合せください。