

# 「チーム戦」申込用紙

申込年月日

年

月

日

チーム名

## 代表者

氏名	ふりがな	性別	生年月日		ラポール利用者番号
		男・女	(西暦)	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 —		電話番号		
障害名	(聴覚障害の方…手話通訳: 必要・不要)				
障害者手帳の有無	知的( B2 B1 A2 A1 ) 精神( 級) 身体( 級) 手帳なし 手帳がなく以下の証明書がある方は○をつけてください ( 受給者証・リハセンター又は療育センター利用証明書・特別支援教育在籍証明書 )				
合併症	①てんかん: 無・有 (発作頻度: 直近の発作時期: ) ②その他の合併症 ( )				

## チーム①

氏名	ふりがな	性別	生年月日		ラポール利用者番号
		男・女	(西暦)	年 月 日 ( 歳)	
障害名	(聴覚障害の方…手話通訳: 必要・不要)				
合併症	①てんかん: 無・有 (発作頻度: 直近の発作時期: ) ②その他の合併症 ( )				

## チーム②

氏名	ふりがな	性別	生年月日		ラポール利用者番号
		男・女	(西暦)	年 月 日 ( 歳)	
障害名	(聴覚障害の方…手話通訳: 必要・不要)				
合併症	①てんかん: 無・有 (発作頻度: 直近の発作時期: ) ②その他の合併症 ( )				

## チーム③

氏名	ふりがな	性別	生年月日		ラポール利用者番号
		男・女	(西暦)	年 月 日 ( 歳)	
障害名	(聴覚障害の方…手話通訳: 必要・不要)				
合併症	①てんかん: 無・有 (発作頻度: 直近の発作時期: ) ②その他の合併症 ( )				