

(公社) 埼玉県精神保健福祉協会事務局あて

TEL/FAX：048-723-5331

第45回埼玉県精神保健福祉卓球大会 申込み用紙

団体名 (病院 又は 事業所名)			
電話・FAX	()	()	
責任者 (大会当日)			
大会当日の緊急連絡先			
参加チーム数と参加部門 (○をつける)	A 部門	1 チーム	・ 2 チーム
	B 部門	1 チーム	・ 2 チーム
審判員(主審) ※各チーム1名以上			
監督者会議について	ご出席 ・ ご欠席		
	会議出席者 氏名		
	事前質問事項		

※大会当日、選手は、選手登録名簿（監督者会議でお配りします）に記載された背番号とチーム名を明記したゼッケンの着用が必要です。

例年、ゼッケンの布を監督者会議で配布していますが、数施設、不要のお申し出をいただいております。準備の都合上、ゼッケンの布の要・不要をお知らせください。

ゼッケンの布の	①配布を希望します。（どちらかに○をつけてください。）
	②配布は不要です。