

第17回岡山県障害者スポーツ大会個人競技
卓球競技（精神） 参加選手個人票

フリガナ			性別	1 男 2 女	保護者 氏 名	参加者が18歳未満の場合のみ 印
氏 名						
生年月日 年 月 日 満 歳	大正・昭和・平成 年 月 日 満 歳 （平成29年4月1日現在）					
現住所	〒	TEL		- -		
		FAX		- -		
精神障害者 保健福祉手帳等	下記で当てはまる場合には「有」に、当てはまらない場合は「無」を○で囲んでください。 （大会に参加するためにはいずれかの条件を満たしている必要があります）					
	精神障害者保健福祉手帳を所持している。			自立支援医療（精神通院）受給者証を所持している。		
	有（手帳交付申請中の方を含む） ・ 無			有 ・ 無 （自立支援医療支給認定申請中の方も含む）		

介助者（介助者が必要な場合のみ下記の欄にご記入下さい。）			
氏 名		続 柄 （家族・所属施設名 等）	
		連絡先（TEL）	- -
介助が必要な 理 由			

出 場 種 目
1 一般卓球