平成26年度

個 人 登 録 申 込 書

書式_H26F

東北身体障害者水泳連盟御中

東北身体障害者水泳連盟の主旨及び規則に賛同し登録料を添えて貴連盟へ登録を申し込みます。
尚、個人情報については日本身体障がい者水泳連盟の[注1]「個人情報保護についての取り扱い基本方針」に従って扱われることを承諾します。

新規・再 登録 注:氏名欄に認印を押してください。　　平成26年　　月　　日

ふりがな			性別	生 年 月 日
氏　　名	印			(和暦で記入の事)
住　　所	〒			
TEL/FAX				
障 害 名	(障害者手帳の「障害名」を記載通り記入してください。)			
等　　級		車椅子常用		車椅子常用者は右欄に○印を記入してください。
障　害 ク ラ ス	ｽﾃｲﾀｽ	FCS ｸﾗｽ	RE(ﾙｰﾙｴｸｾﾌﾟｼｮﾝ)	備考:障害クラスをお持ちでない方、又は不明の方は指定大会参加時にクラス分けシステム4版(注2)の「大会に参加するときのクラス分けと通知」に従ってクラス分け検査を受け、クラスを取得して下さい。
参加した 水泳大会	(「大会名－日付」の形式で記入してください。)			
自己ベスト 記　　録	(「種目―距離―タイム-記録日」の形式で記入してください。)			
その他 ご意見 ご希望				

注 1:「個人情報保護についての取り扱い基本方針」は http://paraswim.jp/?page_id=1708 をご参照下さい。

注2:クラス分けシステム4版は http://paraswim.jp/?m=201305 をご参照下さい。

登録料 : ￥＿＿＿＿＿＿円(金額は必ず記入してください。)

(東北連盟記入欄)

東 北 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟への送付日:平成26年　　月　　日

日本連盟への振込日:平成26年　　月　　日(＿＿＿＿＿＿円)

(日本連盟記入欄)

日 本 連 盟 受 付 日:平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟入金確認日:平成26年　　月　　日

平成26年度

個 人 登 録 申 込 書

書式_H26F

関東身体障害者水泳連盟御中

関東身体障害者水泳連盟の主旨及び規則に賛同し登録料を添えて貴連盟へ登録を申し込みます。
尚、個人情報については日本身体障がい者水泳連盟の[注1]「個人情報保護についての取り扱い基本方針に従って扱われることを承諾します。

新規・再 登録 注:氏名欄に認印を押してください。　　平成26年　　月　　日

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>生 年 月 日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3">印</td><td></td><td>（和暦で記入の事）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>TEL/FAX</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>障 害 名</td><td colspan="5">（障害者手帳の「障害名」を記載通り記入してください。）</td></tr>
<tr><td>等　　級</td><td></td><td>車椅子常用</td><td></td><td colspan="2">車椅子常用者は右欄に〇印を記入してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障　害
ク ラ ス</td><td>ｽﾃｲﾀｽ</td><td>FCS ｸﾗｽ</td><td>RE(ﾙｰﾙｴｸｾﾌﾟｼｮﾝ)</td><td colspan="2" rowspan="2">備考:障害クラスをお持ちでない方、又は不明の方は指定大会参加時にクラス分けシステム４版(注２)の「大会に参加するときのクラス分けと通知」に従ってクラス分け検査を受け、クラスを取得して下さい。</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>参加した
水泳大会</td><td colspan="5">（「大会名－日付」の形式で記入してください。）</td></tr>
<tr><td>自己ベスト
記　　録</td><td colspan="5">（「種目―距離―タイム-記録日」の形式で記入してください。）</td></tr>
<tr><td>その他
ご意見
ご希望</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

注 1:「個人情報保護についての取り扱い基本方針」は http://paraswim.jp/?page_id=1708 をご参照下さい。

注2:クラス分けシステム４版は http://paraswim.jp/?m=201305 をご参照下さい。

登録料 ： ￥＿＿＿＿＿＿円（金額は必ず記入してください。）

（関東連盟記入欄）

関 東 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟への送付日:平成26年　　月　　日

日本連盟への振込日:平成26年　　月　　日（＿＿＿＿＿＿円）

（日本連盟記入欄）

日 本 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟入金確認日:平成26年　　月　　日

平成26年度　　# 個 人 登 録 申 込 書　　書式_H26F

中部障がい者水泳連盟御中

中部障がい者水泳連盟の主旨及び規則に賛同し登録料を添えて貴連盟へ登録を申し込みます。
尚、個人情報については日本身体障がい者水泳連盟の[注1]「個人情報保護についての取り扱い基本方針に従って扱われることを承諾します。

新規・再 登録 注:氏名欄に認印を押してください。　　平成26年　　月　　日

ふりがな				性別	生 年 月 日
氏　　名	印				（和暦で記入の事）
住　　所	〒				
TEL/FAX					
障 害 名	（障害者手帳の「障害名」を記載通り記入してください。）				
等　　級		車椅子常用		車椅子常用者は右欄に〇印を記入してください。	
障　害 ク ラ ス	ｽﾃｲﾀｽ	FCS ｸﾗｽ	RE(ﾙｰﾙｴｸｾﾌﾟｼｮﾝ)	備考:障害クラスをお持ちでない方、又は不明の方は指定大会参加時にクラス分けシステム4版(注2)の「大会に参加するときのクラス分けと通知」に従ってクラス分け検査を受け、クラスを取得して下さい。	
参加した 水泳大会	（「大会名－日付」の形式で記入してください。）				
自己ベスト 記　　録	（「種目―距離―タイム-記録日」の形式で記入してください。）				
その他 ご意見 ご希望					

注 1:「個人情報保護についての取り扱い基本方針」は http://paraswim.jp/?page_id=1708 をご参照下さい。

注2:クラス分けシステム4版は http://paraswim.jp/?m=201305 をご参照下さい。

登録料 ： ￥＿＿＿＿＿＿円（金額は必ず記入してください。）

（中部連盟記入欄）

中 部 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟への送付日:平成26年　　月　　日

日本連盟への振込日:平成26年　　月　　日（＿＿＿＿＿＿円）

（日本連盟記入欄）

日 本 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟入金確認日:平成26年　　月　　日

平成26年度

個 人 登 録 申 込 書

書式_H26F

近畿身体障害者水泳連盟御中

近畿身体障害者水泳連盟の主旨及び規則に賛同し登録料を添えて貴連盟へ登録を申し込みます。
尚、個人情報については日本身体障がい者水泳連盟の[注1]「個人情報保護についての取り扱い基本方針に従って扱われることを承諾します。

新規・再 登録 注:氏名欄に認印を押してください。　　平成26年　　月　　日

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>生 年 月 日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3">印</td><td></td><td>（和暦で記入の事）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>TEL/FAX</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>障 害 名</td><td colspan="5">（障害者手帳の「障害名」を記載通り記入してください。）</td></tr>
<tr><td>等　　級</td><td></td><td>車椅子常用</td><td></td><td colspan="2">車椅子常用者は右欄に〇印を記入してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障　害
ク ラ ス</td><td>ｽﾃｲﾀｽ</td><td>FCS ｸﾗｽ</td><td>RE(ﾙｰﾙｴｸｾﾌﾟｼｮﾝ)</td><td colspan="2" rowspan="2">備考:障害クラスをお持ちでない方、又は不明の方は指定大会参加時にクラス分けシステム4版(注2)の「大会に参加するときのクラス分けと通知」に従ってクラス分け検査を受け、クラスを取得して下さい。</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>参加した
水泳大会</td><td colspan="5">（「大会名－日付」の形式で記入してください。）</td></tr>
<tr><td>自己ベスト
記　　録</td><td colspan="5">（「種目―距離―タイム-記録日」の形式で記入してください。）</td></tr>
<tr><td>その他
ご意見
ご希望</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

注 1:「個人情報保護についての取り扱い基本方針」は http://paraswim.jp/?page_id=1708 をご参照下さい。

注2:クラス分けシステム4版は http://paraswim.jp/?m=201305 をご参照下さい。

登録料 ： ￥＿＿＿＿＿＿円（金額は必ず記入してください。）

（近畿連盟記入欄）

近 畿 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟への送付日:平成26年　　月　　日

日本連盟への振込日:平成26年　　月　　日（＿＿＿＿＿＿円）

（日本連盟記入欄）

日 本 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟入金確認日:平成26年　　月　　日

平成26年度　　# 個 人 登 録 申 込 書　　書式_H26F

中国・四国身体障害者水泳連盟御中

中国・四国身体障害者水泳連盟の主旨及び規則に賛同し登録料を添えて貴連盟へ登録を申し込みます。
尚、個人情報については日本身体障がい者水泳連盟の[注1]「個人情報保護についての取り扱い基本方針」に従って扱われることを承諾します。

新規・再 登録 注：氏名欄に認印を押してください。　　平成26年　　月　　日

ふりがな				性別	生 年 月 日
氏　　名	印				（和暦で記入の事）
住　　所	〒				
TEL/FAX					
障 害 名	（障害者手帳の「障害名」を記載通り記入してください。）				
等　　級		車椅子常用		車椅子常用者は右欄に〇印を記入してください。	
障　害 ク ラ ス	ｽﾃｲﾀｽ	FCS ｸﾗｽ	RE(ﾙｰﾙｴｸｾﾌﾟｼｮﾝ)	備考：障害クラスをお持ちでない方、又は不明の方は指定大会参加時にクラス分けシステム４版（注２）の「大会に参加するときのクラス分けと通知」に従ってクラス分け検査を受け、クラスを取得して下さい。	
参加した 水泳大会	（「大会名－日付」の形式で記入してください。）				
自己ベスト 記　　録	（「種目―距離―タイム-記録日」の形式で記入してください。）				
その他 ご意見 ご希望					

注 1：「個人情報保護についての取り扱い基本方針」は http://paraswim.jp/?page_id=1708 をご参照下さい。

注2：クラス分けシステム4版は http://paraswim.jp/?m=201305 をご参照下さい。

登録料 ： ￥＿＿＿＿＿＿円（金額は必ず記入してください。）

（中四連盟記入欄）

中 四 連 盟 受 付 日：平成26年　　月　　日　　担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟への送付日：平成26年　　月　　日

日本連盟への振込日：平成26年　　月　　日（＿＿＿＿＿＿円）

（日本連盟記入欄）

日 本 連 盟 受 付 日：平成26年　　月　　日　　担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟入金確認日：平成26年　　月　　日

平成26年度　　# 個 人 登 録 申 込 書　　書式_H26F

九州身体障害者水泳連盟御中

九州身体障害者水泳連盟の主旨及び規則に賛同し登録料を添えて貴連盟へ登録を申し込みます。
尚、個人情報については日本身体障がい者水泳連盟の[注1]「個人情報保護についての取り扱い基本方針」に従って扱われることを承諾します。

新規・再 登録　注:氏名欄に認印を押してください。　　平成26年　　月　　日

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>生 年 月 日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3">印</td><td></td><td>（和暦で記入の事）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>TEL/FAX</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>障 害 名</td><td colspan="5">（障害者手帳の「障害名」を記載通り記入してください。）</td></tr>
<tr><td>等　　級</td><td colspan="2"></td><td>車椅子常用</td><td></td><td>車椅子常用者は右欄に〇印を記入してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障　害
ク ラ ス</td><td>ｽﾃｲﾀｽ</td><td>FCS ｸﾗｽ</td><td colspan="2">RE(ルールｴｸｾﾌﾟｼｮﾝ)</td><td rowspan="2">備考:障害クラスをお持ちでない方、又は不明の方は指定大会参加時にクラス分けシステム4版(注2)の「大会に参加するときのクラス分けと通知」に従ってクラス分け検査を受け、クラスを取得して下さい。</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>参加した
水泳大会</td><td colspan="5">（「大会名－日付」の形式で記入してください。）</td></tr>
<tr><td>自己ベスト
記　　録</td><td colspan="5">（「種目―距離―タイム-記録日」の形式で記入してください。）</td></tr>
<tr><td>その他
ご意見
ご希望</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

注 1:「個人情報保護についての取り扱い基本方針」は http://paraswim.jp/?page_id=1708 をご参照下さい。

注2:クラス分けシステム4版は http://paraswim.jp/?m=201305 をご参照下さい。

登録料 ： ￥＿＿＿＿＿＿円（金額は必ず記入してください。）

（九州連盟記入欄）

九 州 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟への送付日:平成26年　　月　　日

日本連盟への振込日:平成26年　　月　　日（＿＿＿＿＿＿円）

（日本連盟記入欄）

日 本 連 盟 受 付 日 :平成26年　　月　　日　　担当者:＿＿＿＿＿＿＿＿印

日本連盟入金確認日:平成26年　　月　　日