

【参加申込書 兼 受付確認書】

月 日

参加部門、カテゴリー／チーム構成、それぞれに○を付けてください

参加部門		カテゴリー／チーム構成		
アダプテッドエアロビック		障害者のみ	健常者のみ	障害者と健常者の混成
フリーパフォーマンス	:2分	障害者のみ	健常者のみ	障害者と健常者の混成
	:4分	障害者のみ	健常者のみ	障害者と健常者の混成
チーム名	ふりがな		代表者名	ふりがな
代表者住所	〒		代表者連絡先	電話
				FAX
				携帯
曲名 (演技時間2分以内) (フリーは2分又は4分)	(分 秒)		人数	(~ 名 歳)
チーム紹介 50文字程度				
演技開始の形	<input type="checkbox"/> 板付き <input type="checkbox"/> 音先 (どちらか該当するものに印を付けてください) <small>※板付き=最初のポーズをとってから音楽がかかる ※音先=音楽がかかってからステージに入場する</small>			
演技の終わり方	いずれかに印をつけてください <input type="checkbox"/> ポーズで終わる <input type="checkbox"/> ポーズ後、挨拶をして終わる <input type="checkbox"/> 演技しながら退場			

※演技の出ハケは後日お知らせします。

※演技エリア 10m×10m

※ご使用になる音源は、CDに1曲のみ録音して、2月10日までに下記にお送りください。

《音源送付先》〒144-0055 東京都大田区仲六郷4-12-3-203 大会実行委員 泉水 広明

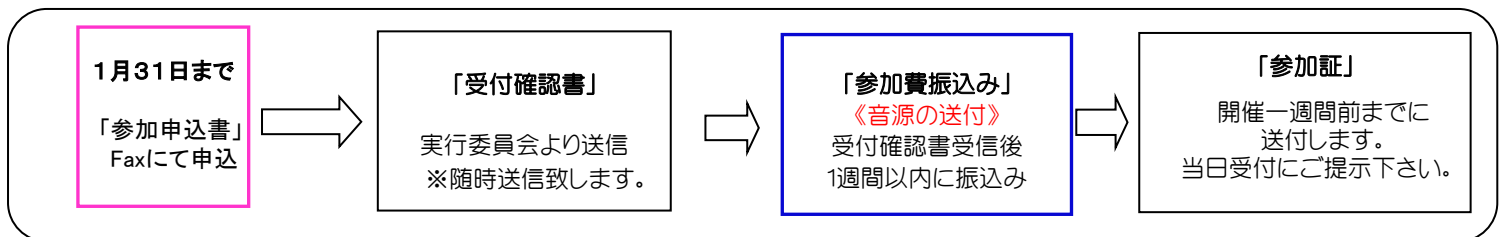
参加人数		チーム構成								
障害者	名	16歳以下	男性	名	17~64歳	男性	名	65歳以上	男性	名
			女性	名		女性	名		女性	名
健常者	名	16歳以下	男性	名	17~64歳	男性	名	65歳以上	男性	名
			女性	名		女性	名		女性	名

参加費振込 郵便払込口座	<input type="checkbox"/> 座番号 00230-2-45055 <input type="checkbox"/> 座名義 神奈川県エアロビック連盟
-----------------	---

※振込まれた参加費は返金できません。予めご了承ください。

参加費 円 × 合計 名 = 円

※お振込みは1週間以内をお願いします。振込み手数料はご負担ください。



※受付番号は大会実行委員会が記載します。

アダプテッドエアロビック 受付番号	フリーパフォーマンス(2分) 受付番号	フリーパフォーマンス(4分) 受付番号
----------------------	------------------------	------------------------