

日本ボッチャ協会クラス分け再評価依頼申請書

下記の選手のクラス再評価について申請料を添えて依頼いたします。

※クラス分け委員会へ提出

再評価を依頼する選手情報	
姓(ふりがな)	()
名(ふりがな)	()
日本ボッチャ協会 IDNO.	
性別	男・女
現在のクラス	BC1/BC2/BC3/BC4/OP 座位/OP 立位
現在のクラスステータス	C ※確定の選手以外は受理しませんのでご注意ください
所属チーム(都道府県)	()
居住県	

申請者	
所属(所属チーム等ある場合)	
所属での立場	選手・選手の保護者・代表者・指導者
選手氏名(フリガナ)	
申請年月日/時間	/
申請料の受渡(予定)日	(入金日を記入)
申請者署名	
*結果に関係なく、申請料は返金されないことに注意してください	

再評価依頼の理由
※クラス分けルールで関連する項目を参照の上、ご記入ください ※「日常生活の変化」や「医学的状態変化」は理由にならず、受理できない場合があります。ボッチャ競技についてのクラス判定となりますので、必ずクラス分け規則を確認後、記入をお願いいたします。

***以下、日本ボッチャ協会が記載**

受け取った申請料	
所属	日本ボッチャ協会
所属での立場	
受領者または確認者氏名(フルネーム)	
受領料金/確認日時	20,000 円/ 年 月 日
確認者署名	
*結果に関係なく、申請料は返金しないことに注意してください	

受理/拒否	
受理/拒否	受理/拒否
拒否の場合の理由を記入	
審査会日付	
時間	
会場	
審査クラス分け員(フルネーム)	
クラス分け委員会署名	

選手の情報	
再評価実施日時	
実施会場	
クラス変更	有/無
再評価後のクラス	BC1/BC2/BC3/BC4/OP 座位/OP 立位/NE
再評価後のクラスステータス	C/R/(RFD)
クラス分け員署名	
選手署名	
申請者署名	