

5 ボウリング

※事務局使用欄													
① 選手団名	熊本市		② フリガナ	マルイ タマヨ			④性別	1 男					
			③ 氏 名	丸井 珠代				② 女					
⑤ 生年月日 年 齢	大正 昭和・平成 56 年 10 月 19 日 満 38 歳				身体		1 1部(39歳以下)		1 少年(19歳以下)				
	(令和2年4月1日現在)						2 2部(40歳以上)		知的 ② 青年(35歳以下)		3 壮年(36歳以上)		
現住所	〒 861-8039						TEL 096 - 383 - 6553						
	熊本市東区長嶺南2丁目3番2号						FAX 096 - 383 - 6554						
学校又は施設	名称()						TEL - -						
	〒						FAX - -						
身体障がい者 手 帳	交付	都 道 府 第 号 第 種 級						障がい名(手帳記載のとおり全文)					
	手帳	県 市 (区)											
	障がいの原因となっている傷病名等(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に)												
	視覚に障がいのある方は必ず記入			裸 眼	視力	右	左	視野	右	左	不可		
矯正できないときは「不可」に○			矯正後	視力	右	左	視野	右	左				
療育手帳	(障がいの程度 A1・A2・B1・B2 該当するものに○印を付けてください) 無 (取得の対象に準ずる方を含む)												
	(手帳交付申請中の方を含む)												
⑥ 障がいの分類	① 知的												
⑦ 重複障がい	① なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的 6 精神												
	7 その他()												

⑨ 障 が い 区 分
① 知的障がい

⑪ 特 記 事 項
下記の項目の該当する番号に○印を付けてください。
① 特になし
2 競技中に 車いす を使用
3 競技中は使用しないが、 待ち時間や移動のために 車いす を使用

⑩ 出 場 種 目
① ボウリング
アベレージを記入ください。(過去2年)
110 点

※裏面も御記入をお願いします。➡

申込みにあたって、必ず御確認ください。

【くまもと障がい者スポーツ大会について】

◆確認事項

確認されましたら□にチェックをお願いします。



大会当日は、競技会場に報道関係者が来場することが予想され、選手の氏名・写真・映像が報道されることがあります。また、競技プログラムや普及啓発用のホームページ等に障がい区分(重複障がい含)、年齢区分、氏名、所属名、競技中の写真及び競技記録等を掲載しますので、予め御了承のうえ、お申し込みください。



申込用紙記入時の住民票と2020年4月1日以降の居住地が異なる場合は、大会事務局へ御連絡ください。(就職や進学等で県外に引っ越しの予定がある方は御注意ください。参加選手資格を満たしていない場合は、くまもと障がい者スポーツ大会及び全国障害者スポーツ大会への出場ができないことがあります。)

※申込時、大会出場時県内にお住まいである必要があります。

【全国障害者スポーツ大会について】

◆選手選考に関する事項

いずれかに○印をお願いします。

第20回全国障害者スポーツ大会「燃ゆる感動かごしま大会」(2020年10月24日～26日開催)に選考された場合に(**参加する** ・ 参加しない)

※全国大会への出場の意思がある方のみ御確認ください。

確認されましたら□にチェックをお願いします。



選手選考にあたっては、第19回くまもと障がい者スポーツ大会での成績だけでなく、これまでの出場状況等を総合的に勘案して選考します。



選手選考にあたっては、団体行動ができるかどうかや健康面で配慮すべきことなどを確認する必要があります。そのため、御本人の状況がわかる方に確認をすることがありますので、下記項目について御記入をお願いします。

《状況確認先》 ※全員記入をお願いします。

① 学校・施設・勤務先等名及び担当者

電話番号



熊本県社会福祉事業団 担当者 熊本



(096-383-6553)



② かかりつけの病院名及び担当医(又は担当者) 電話番号



りんどう医院 担当医 雲雀



(096-383-6554)



③ ご家族

電話番号



〇〇 椿 (母)



(096-383-6533)



《問い合わせ先》

くまもと障がい者スポーツ大会事務局
熊本県社会福祉事業団事業課
(熊本県障害者スポーツ・文化協会)
TEL: 096-383-6553