

第21回 くまもと障がい者スポーツ大会個人競技参加申込書

《記入例》

5 ボウリング

① 選手団名		熊本市		② フリガナ	マルイ タマヨ		④性別	1 男	※事務局使用欄				
		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 40 歳 (令和4年4月1日現在)				身体	1 1部(39歳以下) 2 2部(40歳以上)	知的	1 少年(19歳以下) ② 青年(35歳以下) 3 壮年(36歳以上)					
現住所	〒 861-8039 熊本市東区長嶺南2丁目3番2号					TEL	096 - 383 - 6553						
						FAX	096 - 383 - 6554						
学校又は施設	名称() 〒					TEL	- -						
						FAX	- -						
身体障がい者 手帳	交付 手帳	都 道 府 第 号 第 種 級 県 市 (区)				障がい名(手帳記載のとおり全文)							
	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) ② (手帳交付申請中の方を含む) 無 (取得の対象に準ずる方を含む)												
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 知的 5 内部 6 精神 7 その他()												

⑨ 障 が い 区 分
① 知的障がい

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)※1
110 点

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

※裏面も御記入をお願いします。➡

※1 新型コロナウイルス感染の状況から過去2年間に大会に参加出来ていない場合は、特例として、参加標準記録を満たしている過去の大会、自主練習の記録を記入して提出することが出来ます。

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。



第21回くまもと障がい者スポーツ大会は、第22回全国障害者スポーツ大会「いちご一会とちぎ大会」(2022年10月29日～31日開催)への出場の意志がある方のみ、参加が可能です。

※全国大会の選手に選考された場合は、原則、辞退ができません。



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2022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ことが必要です。



新型コロナウイルス感染症感染予防のため、「体調管理チェックシート」に大会前2週間から大会当日までを記録し、当日、受付時に御提出ください。

※「体調管理チェックシート」未提出の場合は、大会への参加ができません。

※「体調管理チェックシート」のチェック項目で、1つでも✓があった場合は、大会に参加できない可能性があります。

※大会翌日から2週間はチェックシートに記録し、コロナの疑いがある場合は速やかにお知らせください。

【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 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21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

[○○ 椿 (母)] [096-383-6553]

《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