

申込みにあたって、必ずご確認ください。(参加申込書ウラ面)

◆確認事項 確認されましたら□にチェックをお願いします。

《記入例》

【くまもと障がい者スポーツ大会について】

- ☒ 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、予めご了承のうえ、お申し込みください。
- ☒ 申込用紙記入時の住民票と2025年4月1日以降の居住地が異なる場合は、大会事務局へご連絡ください。(就職や進学等で県外に引っ越しの予定がある方はご注意ください。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。)
※申込時と大会出場時に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の出場について】

- ☒ 第24回全国障害者スポーツ大会「わた SHIGA 輝く障スポ2025」(2025年10月25日～27日開催)の出場の意思が【ある・ない】。(該当に○をつけてください。)
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。

◆以下、出場の意思が「ある」と回答された方のみ□にチェックをお願いします。

- ☒ 全国障害者スポーツ大会への出場選手の選考結果については、選考された選手にのみ、6月中旬に通知します。
- ☒ 全国障害者スポーツ大会の派遣が決定された方は、大会派遣期間すべての日程を共に行動していただきます。
- ☒ 選手選考にあたっては、第24回くまもと障がい者スポーツ大会での成績だけではなく、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、ご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、下記項目についてご記入をお願いします。

《状況確認先》 ※該当箇所はご記入ください。

- ① 学校・施設・勤務先等名及び担当者 電話番号
[本丸物流センター株式会社] [096-123-4567]
- ② かかりつけの病院名及び担当医(又は担当者) 電話番号
[御殿クリニック(石垣 守 医師)] [096-789-1234]
- ③ ご家族 電話番号
[肥後 丸子(妻)] [096-456-6789]

《問い合わせ先》 くまもと障がい者スポーツ大会事務局

TEL: 096-383-6553 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)