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。

**【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ことが必要です。

**【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

　［　　　　　　　　　　　　　　　　 ］［　　　　　　　　　　］

1. かかりつけの病院名及び担当医（又は担当者） 電話番号

［　　　　　　　　　　　　　　　　　］［　　　　　　　　　　］

1. ご家族　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

［　　　　　　　　　　　　　　　　　］［　　　　　　　　　　］

**≪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）**