

アビリンピックにいがた2024(第20回新潟県障害者技能競技大会)参加申込書 兼同意書

新潟県障害者技能競技大会実行委員長 殿

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年齢
氏名			昭和・平成 年 月 日	歳 (R6.4.1時点)
現住所	〒 - 自宅・携帯(- -) メールアドレス()			
勤務先・利用施設 能力開発施設等 名称及び所在地	〒 - 名称 電話(- -)			
希望する連絡先	・ 現住所 ・ 勤務先・利用施設等 ※どちらかに○、それ以外希望の場合は空欄に記入			
障害の種類 該当に○を してください。	身体障害(・ 肢体不自由 ・ 内部障害 ・ 音声/言語障害 ・ 視覚障害 ・ 聴覚障害) ・ 知的障害 ・ 精神障害			
障害の程度 該当に○を してください。	身体障害	知的障害		精神障害
	級	A(重度)・B(その他) 知的判定(有・無) 重度判定(有・無)		級
補装具等の 使用状況	車椅子 ・ 両松葉杖 ・ 片松葉杖 ・ 白杖 ・ 盲導犬 ・ その他()			
競技を進める上で 配慮が必要な事		手話通訳	必要 ・ 不要	
参加競技種目	1. 文書作成 2. パソコンデータ入力(知的障害者に限る) 3. パソコン操作(視覚障害者に限る) 4. 表計算 5. ビルクリーニング 6. フラワーアレンジメント 7. 絵画 8. オフィスサポート 9. 喫茶サービス 10. ベッドメイキング			
同行者 (家族・支援者等)	有 ・ 無	同行者氏名()		

裏面の「アビリンピックにいがた2024(第20回新潟県障害者技能競技大会)参加に係る同意事項」に同意し、大会の参加を申し込みます。

令和 6年 月 日

本人署名 又は 記入者氏名:
(本人の署名が困難な場合には代理の方が署名)

きょうぎさんか
競技参加のみなさまへ

アビリンピックにいがた 2024(第 20 回新潟県障害者技能競技大会) 参加に係る同意事項

1. アビリンピックへ参加可能な体調であることを 予め確認 (必要に応じて医師への確認を含む) のうえ、参加すること。
2. 自己の責任において自身の体調・安全管理を行う (必要な服薬等の持参を含む) こと。
3. 技能競技及びそれに付随するアビリンピックの行事参加中にケガを負った場合又は疾病等に罹った場合は、主催者が速やかに応急の処置を行うこと。
4. 主催者が、参加申込書記載事項のうち、「氏名」及び「勤務先又は学校名」等をアビリンピックに関する各種印刷物等に掲載すること。また、その他の申込書記載事項をアビリンピックに係る各種統計資料に活用すること。
5. 主催者及び主催者が認めた者が、アビリンピックの開催期間中に写真や動画等を撮影することおよび、当該写真や動画等をアビリンピックに関する各種広報物 (ホームページ含む) 等に使用すること。
6. 競技で製作された作品等の著作権・著作権は、全て主催者に帰属すること。
7. アビリンピックの会場に持ち込む所有物 (私物) に関しては、自己の責任において管理し、事故・過失による損壊・紛失等においては、主催者はその責を負わないこと。

【留意事項】

- ・写真は提出不要です。
- ・障害については、障害者の雇用の促進等に関する法律(以下「法」という)の第2条第2号及び第3号に規定する身体障害者である場合は「身体障害」に、法第2条第4号及び第5号に規定する知的障害者である場合は「知的障害」に、法第2条6号に規定する精神障害者である場合は「精神障害」の欄に○印を付けること。また、障害の種別・等級等について記入すること。
- ・手帳等の写しは提出不要です。