

# 第19回千葉県障害者技能競技大会 アビリンピック千葉2021 参加申込書

高齡・障害・求職者雇用支援機構 千葉支部長 殿

令和3年 月 日

アビリンピック千葉2021(第19回千葉県障害者技能競技大会)に参加したいので下記のとおり申込みます。

応募区分	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体(勤務先・所属機関等) ※ 上記チェックに応じて、下記連絡先に連絡をさせていただきます。		
ふりがな氏名	性別 生年月日	男・女 昭和・平成 年 月 日( 歳)	
現住所	〒	電話:	FAX:
勤務先又は所属機関名		担当者名:	部署名:
勤務先又は所属機関の所在地	〒	電話:	FAX:
障害種別	※ 身体障害(視覚・聴覚・音声 / 言語・肢体不自由・内部・その他の障害( )) ※ 知的障害 ※精神障害		
障害の程度	身体障害	知的障害	精神障害
	第 種 級	第 種 度	級
	※ 重度判定(有・無)	※ 知的判定(有・無)	
障害を確認できる書類(提出不要)	※ ・身体障害者手帳 ・診断書	※ ・療育手帳 ・判定書	※ ・精神障害者保健福祉手帳 ・診断書
補装具の使用状況	※ ・車椅子 ・両松葉杖 ・片松葉杖 ・白杖 ・補聴器 ・その他( )		
同行者(介助者及び付添い人を含む)	※ ・有 名 ・無		
手話通訳	※ 要・否	駐車場	※ 要・否
参加競技種目	※ ・ワードプロセッサ ・ホームページ ・パソコン操作(視覚障害者部門) ・オフィスアシスタント ・パソコンデータ入力(知的障害者部門) ・喫茶サービス ・ビルクリーニング ・製品パッキング		

※印欄は、該当項目に○を付してください

- 参加資格 令和3年4月1日現在で満15歳以上の方のうち、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳保持者(証明書を含む)、医師の診断書を所持している者で、下記のいずれかに該当する方。  
ただし、直近5回の全国大会で金賞を受賞した競技種目に再び参加することができないこと。
  - ① 千葉県内の事業所等に勤務している方
  - ② 千葉県内に居住している方
  - ③ 千葉県内の能力開発施設、教育機関及び福祉施設に在籍している方並びに修了した方
- 参加選手の決定 出場選手は、書類による選考とし、運営委員長が出場の可否を決定します。

## アビリンピック千葉2021(第19回 千葉県障害者技能競技大会)参加に係る同意書

私は、アビリンピック千葉2021(以下「第19回千葉県大会という。))に技能競技選手として参加するにあたり、下記事項すべてに同意し、署名・捺印いたします。

記

- 第19回千葉県大会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、同大会へ参加すること。
- 自己の責任において自身の体調・安全管理を行う(必要な服用薬等の持参を含む。)こと。
- 技能競技及びそれに付随する大会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において、主催者が速やかに応急の処置を行うこと。
- 第19回千葉県大会開催時の事故等(開閉会式会場内及び技能競技会場内における事故等)及び主催者が手配して運行する選手送迎バス乗車中の事故等(いずれも選手の責めに帰す場合を除く。)については、主催者が付保する傷害保険範囲内で補償すること。
- 主催者が申込書記載の項目のうち「氏名」、及び「勤務先又は所属機関名」を第19回千葉県大会に関する各種印刷物等に掲載すること並びに参加申込書記載のその他の項目を個人名を明記することなく第19回千葉県大会に係る各種業務統計資料に活用すること。
- 主催者及び主催者が認めた者が第19回千葉県大会期間中に私の写真等を撮影すること並びに当該写真等を千葉県障害者技能競技大会に関する各種広報物等に使用すること。

令和3年 月 日

<本人が未成年の場合又は署名することが困難な場合に署名>

本人署名:

親権者又は代理人署名:

お申込み及び第19回千葉県障害者技能競技大会参加に係る同意書は、下記事務局まで郵送又はFAXでお願いします。

事務局:独立行政法人 高齡・障害・求職者雇用支援機構千葉支部 高齡・障害者業務課 TEL:043-204-2901  
〒261-0001 千葉市美浜区幸町1-1-3 ハローワーク千葉5F FAX:043-204-2904

※記載された情報につきましては、本大会の実施に係る事務及び適切に大会を実施することを目的としてのみ利用し、個人情報の保護に関する法令等を遵守いたします。