

第22回アビリンピック福井大会 参加申込書

申込期限
6月10日(月)必着

◆申込書内に必要事項を記入してください。また、該当する□内にし点を入れてください。

アビリンピック福井大会会長 殿

申込年月日 令和6年 月 日

記入例

① 参加選手氏名	ふりがな ふくい たろう		生年月日 (※年齢は令和6年4月1日現在で記入)	
	福井 太郎		昭和 平成	13年4月1日 (23歳)
② 現住所	〒915-0853 福井県越前市行松町25-10			
	TEL(0778) 23 - 1021		FAX(0778) 23 - 1055	
③ 所属機関(勤務先・学校等)	名称 福井県立〇〇特別支援学校		連絡担当者	所属部課 総務課
	住所 〒910-0026 福井市光陽2丁目3-32		氏名	越前 太郎
	TEL(0776) 25 - 3685		FAX(0776) 25 - 3694	
④ 参加希望競技種目	<input type="checkbox"/> ワード・プロセッサ <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 有 有りの場合 <input type="checkbox"/> 表計算 <input type="checkbox"/> 持ち込み <input type="checkbox"/> 無 (機種: OS: ソフト:)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 喫茶サービス <input type="checkbox"/> 木工(※知的障がい者のみ) <input type="checkbox"/> オフィスアシスタント <input type="checkbox"/> 機械CAD			
	<input type="checkbox"/> ビルクリーニング <input type="checkbox"/> 総合コース <input type="checkbox"/> ビルクリーニング <input type="checkbox"/> 初級コース (<input type="checkbox"/> ダスタークロス部門 <input type="checkbox"/> モップ部門)			
⑤ 手帳等の取得状況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1)種(1 級) <input type="checkbox"/> 指定医または産業医の判定書 <障害種別 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹) <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳、愛の手帳) <input type="checkbox"/> 知的障害者判定機関の診断書			
	<input type="checkbox"/> 精神障害 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(2) <input type="checkbox"/> 医師の診断書(注) 注) 統合失調症、そううつ病(そう病及びうつ病を含む)又はてんかんにかかっている方で、精神障害者保健福祉手帳は交付されていないが、指定医又は産業医の診断書がある方は「医師の診断書」にし点をつけてください。			
	<input type="checkbox"/> 上記手帳、診断書又は判定書等を所持していない方			
⑥ 補装具の使用有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(車椅子・松葉杖・その他()) <input type="checkbox"/> 無			
⑦ 手話通訳等の要・不要	<input type="checkbox"/> 要(<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他()) <input checked="" type="checkbox"/> 不要			
⑧ 大会当日の付添者・介助者の有無	氏名(参加選手との関係)		連絡先	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 越前 次郎 (指導担当の教員)		<input type="checkbox"/> 無 TEL 090-1234-5678	
⑨ 当日の緊急連絡先	氏名		参加選手との関係	
	福井 花子 TEL 080-1234-5678		<input checked="" type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> 事業所の上司や労務管理等の責任者 <input type="checkbox"/> 学校や施設等の教師や指導者等の責任者 <input type="checkbox"/> その他、参加選手の障害種別や程度、特性、体調等に精通しており、日頃から参加選手を介助している者。	
⑩ 来場方法	<input checked="" type="checkbox"/> 公共交通機関(電車・バス) <input type="checkbox"/> 自家用車・スクールバス等・その他 ※大会当日に公共交通機関を利用して来場した場合に限り、選手及び介助者1名に対し交通費を支給します。			

参加希望競技種目にし点を入力

あてはまる障害種別及び取得状況にし点を入れ、必要があれば数字を入力してください。
※障害が重複する場合は、該当する障害種

有無(要・不要)にし点を入力し、その他があれば記入する。

あてはまるものにし点を入力

***** 第22回アビリンピック福井大会参加に係る同意事項 *****

- ①本大会に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、大会に参加すること。
- ②自己の責任において来場し、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。
- ③大会当日に遅刻・欠席の場合は、速やかに主催者に連絡すること。
- ④大会当日に会場内で怪我を負った場合や疾病等にかかった時は、主催者が応急処置を行い、必要な場合は医療機関等へ繋ぐこと。介助者を同伴していない場合、主催者は参加申込書に記載された緊急時の連絡先に連絡すること。
なお、出発地と会場間の旅行程中の事故等及び会場内での事故等(両者と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の範囲内で補償すること。
- ⑤主催者が大会期間中に写真・映像等(以下「写真等」という。)を撮影または公開すること。なお、報道機関による写真等の撮影、公開については、参加選手から同意を得られた場合に限る。※
- ⑥主催者が報道機関に、参加選手の所属先(事業所名、学校名等)及び入賞者の氏名、成績(賞の区分)、所属先(事業所名、学校名等)の情報を提供すること。また、主催者や報道機関が当該情報を公開すること。ただし、氏名の公開については参加選手から同意を得られた場合に限る。※
- ⑦主催者が大会の円滑な運営のために、参加申込書の記載事項及びその他の事項について、運営スタッフ(技術委員、手話通訳等を含む。)で情報を共有すること。
- ⑧大会当日に会場に持ち込む所有物(私物)に関しては、責任をもって自己管理し、事故・過失による損壊・紛失等については、主催者を免責すること。
- ⑨主催者から示された方針及び決定事項に従うこと。

※ ⑤報道機関による写真撮影(インタビューを含む)及び公開に係る同意

可 ・ 否

※ ⑥主催者及び報道機関による氏名の情報公開に係る同意

可 ・ 否

あてはまるもの
にレ点を入力

参加申込書に記載された個人情報については適切に管理し、本大会実施の目的にのみ利用いたします。