

申込み期限
4月25日(金)

アビリンピック福岡2025 参加申込書



次頁(裏面)の「アビリンピック福岡2025(大会)参加に係る同意事項」に同意し、大会への参加を申し込みます。

※該当欄に記入、または該当項目に☑を付けてください。

申込日: 令和7年4月15日

申込み日を記入ください

参加競技種目 いずれか1つに☑	北九州会場 開催日:令和7年7月5日(土)		福岡会場 開催日:令和7年7月12日(土)	
	<input type="checkbox"/> ワード・プロセッサ <input type="checkbox"/> データベース <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> パソコンデータ入力 <input type="checkbox"/> 表計算 <input type="checkbox"/> オフィスアシスタント (ビギナーコース)	<input type="checkbox"/> オフィスアシスタント (一般コース) <input type="checkbox"/> 製品パッケージ <input type="checkbox"/> ビルクリーニング	<input type="checkbox"/> 喫茶サービス <input type="checkbox"/> ネイル施術 <input type="checkbox"/> 交通誘導・巡回警備 (デモンストレーション競技)
ふりがな	あかさか	さぶろう	親権者または代理人氏名 (左記参加申込者が未成年、または申込書の記入が困難な場合に記入)	
参加申込者氏名 (選手氏名)	赤坂	三郎		
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	62 年 3 月 6 日	年齢	(令和7年4月1日現在) 38 歳
※1 障がいの種別・等級	<input type="checkbox"/> 身体障がい (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7) 級			
	種別 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 音声・言語 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 知的障がい (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) 級			
手帳等の取得状況	手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	判定書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	診断書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
補助具の使用状況	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 両松葉杖 <input type="checkbox"/> 片松葉杖 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他 ()			
当日 介助者・引率者	介助者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	引率者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
参加に際して必要な障がいへの配慮	<input type="checkbox"/> 手話通訳者の配置希望 <input type="checkbox"/> 要約筆記者の配置希望 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他の希望 (書見台の持ち込みを希望します)			
当日緊急連絡先 (本人以外)	氏名	赤坂 花子	続柄	母
	電話	(090) 1234 - 5678		

参加申込競技を1つチェックしてください

親権者または代理人がいる場合に記入ください

令和7年4月1日時点の年齢を記入

障がいについてチェック、または記入ください

大会当日に連絡が取れる電話番号を

申込み区分(関係書類の送付先、大会に関する連絡先) どちらかにご記入ください※2

所属先申込みの場合 申込みは所属先/個人のどちらか1つで 個人申込みの場合

企業名・学校名	
上記の所在地	〒 -
担当者氏名	
部署	
電話	() -
eメール	

自宅住所	〒 810 - 0042 福岡市中央区赤坂8丁目108-178
連絡先	<input type="checkbox"/> 参加申込者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外
上記連絡先氏名	赤坂 三郎 続柄 本人
電話	(080) 7654 - 1234
eメール	akasaka.hanako@softweb.ne.jp

どちらか1つは記入してください

※1 「障がいの種別・等級」については、当該種別・等級等が記載された書類(手帳、診断書及び証明書等)をご確認いただき、該当項目に☑(し点)を付けてください。手帳等の写しは提出不要です。障がい重複する場合は、該当する障がいをすべて記入してください。
※2 所属先申込みの場合は申込み担当者あて、個人申込みの場合は自宅連絡先あてに関係書類を送付します。大会に関する問い合わせのため、連絡先を記載願います。
・申込者が競技定員を超えた場合、人数調整を行うため、参加がかなわない場合があります。
・【個人情報の取扱い】この情報は当機構にて適正に管理し、当大会の参加に係る連絡、事務手続き及び大会運営に使用することし、それ以外の目的には使用しません。
・当大会では、福岡県条例等により「障がい」の表記としています。