

第53回茨城県障害者技能競技大会

アビリンピック茨城2024【競技実施種目】参加申込書 兼 同意書

申込日 令和 6年 月 日

下記「第53回茨城県障害者技能競技大会参加に係る同意事項」に同意し、茨城大会の参加を申し込みます。

※該当項目に☑及び記入してください。

| | | | | | |
|----------|------------------------|---|---|-----------------|----|
| 1 | 応募区分 | <input type="checkbox"/> 個人(無所属) <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(送付)させていただきます。 | | | |
| 2 | 参加競技種目 ※(知)…知的障害者のみ | <input type="checkbox"/> 電子機器組立 <input type="checkbox"/> ワード・プロセッサ <input type="checkbox"/> ビルクリーニング <input type="checkbox"/> 縫製(知) <input type="checkbox"/> 木工(知) <input type="checkbox"/> 喫茶サービス <input type="checkbox"/> パソコンデータ入力(知) <input type="checkbox"/> オフィスアシスタント | | | |
| 3 | フリガナ | | 参加順位 ※複数名で申込みする場合 | 位 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 昭・平 年 月 日生 | 年齢 | 令和6年4月1日現在 歳 | |
| 4 | 現住所 | 〒 市 郡 | 電話 | | |
| | | | FAX | | |
| | | | メールアドレス | | |
| 勤務先又は学校名 | | 電話 | | | |
| 5 | 所在地 | 〒 市 郡 | FAX | | |
| | | | メールアドレス | | |
| | 担当者職氏名 | | フリガナ | | |
| 6 | 手帳等の取得状況等 | 身体障害者 第()種()級 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定医や産業医による診断書・意見書 | | |
| | | <障害種別> | <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他の障害() | | |
| | | 知的障害者 第()種()級 | <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳、愛の手帳等) <input type="checkbox"/> 障害者職業センター等の判定機関による判定書類 | | |
| | | 精神障害者 ()級 | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 総合失調症、そううつ病又はてんかんの症状がある者は、指定医又は産業医の診断書等 | | |
| 7 | 補助具の使用状況 | <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 松葉杖(両・片) <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 8 | 介助者の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有とした場合→ | 介助の内容: | | |
| 9 | 通訳の必要の有無 | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 ※要とした場合→ | <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 | | |
| 10 | 当日の緊急連絡先 | 参加者本人との関係 | <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 引率者 | | |
| | | フリガナ | | | |
| | | 氏名 | | 日中連絡がつく電話番号 | |
| 参考 | 1企業等あたりの 参加申込者の上限人数 | ビルクリーニング | 2名 | 縫製 | 5名 |
| | | 喫茶サービス | 4名 | オフィスアシスタント | 2名 |

第53回茨城県障害者技能競技大会【競技実施種目】参加に係る同意事項

- アビリンピック茨城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。
- 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。
- 技能競技及びそれに付随するアビリンピック茨城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。
- アビリンピック茨城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、主催者を免責すること。
- 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茨城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茨城に係る各種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、アビリンピック茨城の開催期間中に写真等を撮影すること及び当該写真等をアビリンピック茨城に関する各種広報物(ホームページ等への掲載を含む。)に使用すること。

申込締切 令和6年5月20日(月)【消印有効】 本用紙に必要事項をご記入の上、下記あてご郵送又はご持参にてお申込みください。

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| 【申込書送付先(事務局)】 | |
| 独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構 茨城支部 高齢・障害者業務課 | TEL:029-300-1215 |
| 〒310-0803 水戸市城南1-4-7 第5プリンスビル5階 | 担当者:上村、湊 |