

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【課題提出種目】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	<input type="checkbox"/> 写真撮影(デモンストレーション)	
3	フリガナ		
	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
5	勤務先又は学校名		電話
	所在地	〒 市 郡	FAX
	担当者職氏名		メールアドレス
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	大会の見学の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
8	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

第53回茨城県障害者技能競技大会【課題提出種目】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。
- 見学の際に持ち込む所有物(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】 本用紙に必要な事項をご記入の上、下記あてご郵送又はご持参にてお申込みください。

★ 課題提出種目における確認事項

- 課題提出にあたっては、参加者本人が独力で作成する。
- 競技課題に記載されている注意事項をよく確認し、条件に沿った作品を作成・提出する。
- 提出した作品は返却されず、今後の障害者技能競技大会の啓発活動などに供されることに同意する。
- 「写真撮影(デモンストレーション)」競技では、全国大会への推薦が行われないことを理解している。

※ 競技課題に設定されているフォーマットに沿って、課題作品を提出してください。

【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