

第55回茨城県障害者技能競技大会
アビリンピック茨城2026 参加申込書 兼 同意書

記入例

申込日 令和8年 4月 15日

下記「第55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 checked="" type="checkbox"/> 団体(勤務先・所属機関等)	※ 左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 checked="" type="checkbox"/> ワード・プロセッサ	<input type="checkbox"/> ビルクリーニング	参加順位 ※複数名で申込する場合 1 位
		<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	参加希望者	(フリガナ) コヨウ タロウ	生年月日	年齢 (R8.4.1現在) 23 歳	
		(氏名) 雇用 太郎	昭・平 14年 7月 2日生		
		(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	茨城県〇〇市〇〇-〇-〇		
		電話番号: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	メールアドレス: 〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇		
4	勤務先又は所属先(学校)	勤務先又は所属先(学校)の名称: 〇〇株式会社	(フリガナ) シエン ハナコ	(担当者職氏名) 支援 花子	
		(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	茨城県〇〇市〇〇〇-〇-〇 〇〇〇〇〇〇		
		電話番号: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	メールアドレス: 〇〇〇-〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇		
5	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	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 音声・言語障害
		<障害種別>	<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 checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳、要の手帳等)		
		精神障害者()級	<input type="checkbox"/> 児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者職業センター等の判定機関による判定書類		
		<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			
6	補助員の使用状況	<input type="checkbox"/> 無い	<input type="checkbox"/> 松葉杖(両・片)	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> その他()
7	介助者の有無	<input type="checkbox"/> 有	※有とした場合→ 介助の内容:		
8	通訳の有無	<input type="checkbox"/> 要	<input checked="" type="checkbox"/> 否	※要とした場合→ <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記	
9	当日の緊急連絡先	参加者本人との関係 <input checked="" type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> ご家族	<input type="checkbox"/> 引率者	
		(フリガナ) コヨウ タクロウ	日中連絡がつく電話番号:	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
		(氏名) 雇用 拓郎			

該当する項目をご選択ください。
参考)
・個人でお申し込みの場合
→個人
・勤務先・学校等よりお申込の場合→団体

参加を希望する競技の種目をご選択ください。

参加されるご本人様のご住所及びご連絡先(お電話番号、メールアドレス)をご記入ください。
(※ご連絡先の記載がない場合や文字が読み取りにくい等の場合、確認のためご連絡させていただく場合がございます。)

参加希望者様のご所属先をご記入ください。

該当する障害の等級などをご記載いただき、根拠書類となるものをご選択ください。

補助員を使用する場合はいずれかの項目をご選択ください。内容は0内に内容をご記入ください。

必要の「有」「無」のいずれかをご記入いただきますようお願い致します。「有」の場合は必要な介助の内容をご記入ください。

「要」、「否」のいずれかをご選択ください。「要」の場合は「手話通訳」、「要約筆記」のいずれかをご選択ください。

同一企業・学校等から同一競技に複数名お申込みの場合、参加人数を制限させていただきます。該当する場合は、参加順位をご記入ください。

お申込書提出等にかかるご担当者様がいらっしゃる場合は、ご担当者の氏名をご記入ください。

「ご本人」、「ご家族」、「引率者」のいずれかを選択し、該当者の氏名と電話番号をご記入下さい。

「参加資格」及び「その他留意事項」をよくお読みいただき、ようお願い致します。

同意事項についてもよくお読みください。(※こちらの参加申込書をご提出された方は同意事項に同意したものとみなします。)

●参加資格
①令和8年4月1日現在において、満15歳以上で障害者手帳等所持している方
②指定医または産業医の診断書のある方
③知的障害者は養育手帳または判定書等を所持している方
④上記①～③に該当し、茨城県内に居住または茨城県内の事業所等に在籍する方
●その他留意事項
・直近5回の全国障害者技能競技大会で優勝した種目に参加する場合は、入賞の対象といたしません。
・第43回から第45回までの全国障害者技能競技大会において、参加を希望する競技種目に3大会連続して参加したものは入賞の対象といたしません。
・定員を超える参加申込があった競技種目について、設備・機材等の関係でやむを得ず人数調整を依頼させていただく場合があります。

第55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)に掲載すること。

申込締切 令和8年5月14日(木)【消印有効】 本用紙に必要事項をご記入の上、下記まで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:篠塚、藤浦