

アビリンピック高知大会2025 参加申込書

1	参加競技種目 A：実務者向け B：初心者向け	<input type="checkbox"/> ①DTP <input type="checkbox"/> ④ビルクリーニング <input type="checkbox"/> ⑦表計算A	<input type="checkbox"/> ②ワード・プロセッサA <input type="checkbox"/> ⑤喫茶サービス <input type="checkbox"/> ⑧表計算B	<input type="checkbox"/> ②ワード・プロセッサB <input type="checkbox"/> ⑥オフィスアシスタント <input type="checkbox"/> ⑨パソコン操作	
	2	ビルクリーニング事前講習会(6月10日開催)について <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加			
3	フリガナ	生年月日			
	氏名	昭・平	年	月 日 令和7年4月1日 現在才	
4	現住所	〒 (町域名以下を記入ください)	電話		
			メールアドレス又はFAX		
5	勤務先又は学校名	〒 (町域名以下を記入ください)	電話		
	所在地		メールアドレス又はFAX		
			担当者		
6	手帳等の取得状況等 ※手帳の写しの提出は不要です。	<input type="checkbox"/> 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()			
		<input type="checkbox"/> 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"/> 児童相談所、知的障害者更正相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定又は障害者職業センターにより知的障害があると判定されたことを証明できる書類等		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者 ()級	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳がない方のうち、統合失調症、そううつ病又はてんかんの診断を主治医、産業医等から受けている場合は、そのことを証明できる書類			
7	補助具の使用状況	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 松葉杖(両・片) <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他()			
8	介助希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	※希望する介助の内容()		
9	介助者	氏名	本人との間柄		
10	通訳の必要の有無	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	※左記で「要」とした場合 → <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記		
11	来場方法	<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()			
12	緊急連絡先	氏名	本人との間柄		
		日中連絡がつく電話番号			
13	その他のご要望等	(別紙記入可) 例:写真に写らないよう配慮して欲しいです。			



※裏面の「アビリンピック高知大会2025参加に係る同意書」をご一読いただき、ご署名のうえお申し込みください。
ご署名のない申込書は無効となります。
 ※FAXでお申し込みの場合は、裏面も送っていただきますようお願いいたします。

<申込先>

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 高知支部 高齢・障害者業務課
 〒7818010
 高知県高知市棧橋通 四丁目15-68 ポリテクセンター高知内
 TEL: 088-837-1160 FAX: 088-837-1163



アビリンピック高知大会2025参加に係る同意書

私は、アビリンピック高知大会2025（以下「大会」という）に選手として参加するにあたり、下記事項全てに同意し、署名します。

1. 大会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。
2. 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。
また、大会当日の朝に発熱や体調不良がある場合は、主催者に連絡のうえ、参加を取りやめること。
3. 技能競技及びそれに付随する大会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。
4. 主催者が傷害保険に加入するため「氏名」、「生年月日」及び「住所」を使用すること。
5. 主催者が申込書記載の項目を、大会に係る各種業務統計資料に使用すること。
また、「氏名」及び「勤務先又は所属機関名」を大会に関する各種広報に使用する場合があること。
なお、大会において入賞者となり全国大会へ出場する場合には、「勤務先又は所属機関名」の掲載は必須となること。
6. 主催者及び主催者が認めた者が、大会開催期間中に自己の写真や動画を撮影すること及び当該写真等を大会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。
7. 各種手帳又は指定医の診断書等を所持しており、上記に記載した内容に誤りがないこと。
8. 大会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。
9. 大会期間中は、主催者及び主催者が認めた者から示された方針・決定事項に従うこと。

年 月 日

本人署名：

保護者または所属団体等の責任者：

（本人が未成年の場合又は署名することが困難な場合に署名）