

第52回ながのアビリンピック 参加申込書

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構長野支部長 殿

下記内容のとおり申し込みます。

		申込年月日	令和 8 年	月	日
1	ふりがな	生 年 月 日			年齢(R8.4.1 現在)
	氏 名	昭和・平成 年 月 日			
2	現住所	〒			
	電話番号	(自宅もしくは携帯)	(E-mail)		
3	勤務先又は所属機関(学校)名		担当者	氏名	
				所属部署	
	同所在地	〒			
		(電話) (E-mail)			
	所属機関区分	<input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 能力開発施設 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他()			
4	連絡先区分	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先・所属機関 ※チェックを入れた連絡先に各種連絡・関係書類等の送付をします。			
5	緊急連絡先	氏名	携帯電話番号		
6	参加希望種目	<input type="checkbox"/> ビルクリーニング <input type="checkbox"/> パソコンデータ入力(知的障がい者対象) <input type="checkbox"/> 製品パッキング <input type="checkbox"/> 表計算 <input type="checkbox"/> 喫茶サービス <input type="checkbox"/> オフィスアシスタント <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> ワード・プロセッサ <input type="checkbox"/> ベッドメイキング			
		<input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> その他の障がい(障がい名 :)			
7	障がいの種類	<input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 音声、言語、聴覚障がい <input type="checkbox"/> 内部障がい			
		<input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> その他の障がい(障がい名 :)			
8	障害者手帳等の取得状況	身体障がい		知的障がい	
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定医又は産業医の診断書		<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 知的障害者判定機関の判定書	
		<input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 医師の診断書※		<input type="checkbox"/> 上記手帳等を所持していない (採点結果の最上位となった場合には、金賞に代えて特別賞を授与します。)	
9	補装具等の使用状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 盲導犬 <input type="checkbox"/> その他 ()			
10	階段昇降の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	11	手話通訳の要否	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
12	マウス・テンキーの持込	<input type="checkbox"/> 持ち込みなし <input type="checkbox"/> 持ち込みあり(持込品:) <small>※パソコン種目を希望する者のみ該当</small>			
13	会場での介助の要否	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	必要とする介助内容		
14	付添者情報	ふりがな			
		氏 名	当日つながる連絡先		
15	全国大会への出場履歴	<input type="checkbox"/> 出場なし <input type="checkbox"/> 2021年(東京) <input type="checkbox"/> 2022年(千葉) <input type="checkbox"/> 2023年(愛知) <input type="checkbox"/> 2024年(愛知) <input type="checkbox"/> 2025年(愛知)			
16	個別講評の希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			

※記入例は高齢・障害・求職者雇用支援機構長野支部 HP に掲載しています。両面印刷のうえ、裏面の同意書に忘れずにご署名ください。

参加申込書 記載要領

項目No.

1 氏 名

氏名には必ずふりがなを付し、年齢は令和8年4月1日現在の年齢を記載してください。

2、3 現住所、勤務先等情報

今後の連絡先としますので、電話番号（自宅及び携帯）、メールアドレス含めて正確に記入してください。

5 緊急連絡先

当日の不測の事態や参加選手の急病等に対応するためのものです。家族または所属先の関係者（当日の付添者等）のどちらでも構いません。

6 参加希望種目

参加を希望する種目1つにを付けてください。

7 障がいの種類

該当する全ての障がいの種類にを付けてください。

8 障害者手帳等の取得状況

交付を受けている障害者手帳、判定書または診断書にを付けてください。

なお、手帳等を所持していない方は2段目にを付けてください。

※精神障がいで、統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）又はてんかんにかかっている方で、精神障害者保健福祉手帳は交付されていないが、医師の診断書がある方は、医師の診断書にを付けてください。

4、9、10、11、12、13、15 連絡先区分 外

該当するものにを付けてください。

14 当日の付添者

付添者（若しくは参加者が介助を必要とする場合は介助者）がいる場合は、氏名等を記入してください。

16 個別講評の希望

後日、郵送等で個別の講評を希望する場合は、「希望する」にを付けてください。種目ごとの全体講評は、高齢・障害・求職者雇用支援機構長野支部HPに掲載する予定です。

第52回ながのアビリンピック参加に係る同意書

私は、第52回ながのアビリンピック（以下、「第52回県大会」という。）に技能競技選手として参加するにあたり、下記事項全てに同意し、署名いたします。

記

- 第52回県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、同大会に参加すること。
- 自己の責任において自身の体調・安全管理を行う（必要な服用薬等の持参を含む。）こと。
- 技能競技及びそれに付随する大会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において、主催者が速やかに応急の措置を行うこと。
- 主催者が参加申込書記載項目のうち、「氏名」、「現住所」及び「勤務先又は所属機関名」を第52回県大会に関する各種印刷物等に掲載すること並びに参加申込書記載のその他の項目について個人名を明記することなく第52回県大会に係る各種業務統計に活用すること。また、第53回県大会以降の参加者募集案内を参加選手の現住所あて送付すること。
- 主催者及び主催者が認めた者が、第52回県大会期間中に私の写真・映像等を撮影・録画すること並びに当該写真・映像等を第53回県大会に関する各種印刷物、映像媒体等に使用すること。
- 競技において制作された作品等の所有権は全て主催者に帰属すること。

令和8年 月 日

本人署名： _____

親権者又は保護者氏名： _____

<本人が未成年者の場合、又は署名することが困難な場合に署名>

※ 個人情報の取り扱いについて

参加申込者の個人情報については、個人情報の保護等に関する法令等を遵守し、この大会の開催に関してのみ使用します。

FAXによるお申し込みは、個人情報保護の観点から、ご遠慮ください。