

アビリンピックにいがた2019(第16回新潟県障害者技能競技大会)参加申込書

令和 元年 月 日

アビリンピックにいがた2019(第16回新潟県障害者技能競技大会)に参加したいので申し込みます。

氏名 _____ ㊟

新潟県障害者技能競技大会実行委員長

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構 新潟支部長 様

ふりがな			生年月日	写真貼付場所 (縦 4 cm × 横 3 cm程度)
氏名	男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生 満 歳		
現住所	〒 -		電話(- -)	
勤務先・利用施設 能力開発施設等 名称及び所在地	名称 〒 -		電話(- -)	
障害の種類 該当に○を してください。	身体障害 (・ 肢体不自由 ・ 内部障害 ・ 音声/言語障害 ・ 視覚障害 ・ 聴覚障害) ・ 知的障害 ・ 精神障害			
障害の程度 該当に○を してください。	身体障害		知的障害	精神障害
			A (重 度) ・ B (その他)	
	級		知的判定 (有 ・ 無) 重度判定 (有 ・ 無)	級
補装具等の 使用状況	車椅子 ・ 両松葉杖 ・ 片松葉杖 ・ 白杖 ・ 盲導犬 ・ その他 ()			
競技を進める上で 配慮が必要な事			手話通訳	必要 ・ 不要
参加競技種目	1. 文書作成 2. パソコンデータ入力 (知的障害者に限る) 3. パソコン操作 (視覚障害者に限る) 4. 喫茶サービス 5. ビルクリーニング 6. ベッドメイキング 7. フラワーアレンジメント 8. 表計算 9. 絵画			
同行者 (家族・支援者等)	有 ・ 無	同行者氏名 ()		

※駐車場は限りがございます。公共交通機関での参加をお願いします。