

主催者事務局 あて
郵送またはe-mailにて提出ください。
e-mail : tochigi-kosyo@jeed.go.jp

第25回栃木県障害者技能競技大会「とちぎアビリンピック」
参加申込書

【締切】
5月8日(金)

私は「第25回栃木県障害者技能競技大会参加に係る同意事項」に同意し、参加を申し込みます。

◇参加申込書		申込日 令和8年 月 日					
1	参加競技種目 参加種目にチェック	<input type="checkbox"/> ワード・プロセッサ <input type="checkbox"/> ビルクリーニング <input type="checkbox"/> パソコンデータ入力 <input type="checkbox"/> データベース	<input type="checkbox"/> 表計算 <input type="checkbox"/> 製品パッキング <input type="checkbox"/> DTP	<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"/> 木工	優先順番		
2	フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
3	住所	〒 大会当日朝の緊急連絡先(携帯電話又はメールアドレス)					
4	勤務先 所属先等	所属先名称 〒 電話 - -					
		担当者名	メールアドレス				
5	手帳等の 取得状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者	<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	<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	<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				
6	補装具の使用状況	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 両松葉杖 <input type="checkbox"/> 片松葉杖 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他 ()					
7	通訳の必要の有無	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 ※「要」と回答した場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 要約筆記者					
8	介助者氏名						
9	全国大会への 出場履歴	<input type="checkbox"/> 出場なし	<input type="checkbox"/> 第41回大会	<input type="checkbox"/> 第42回大会	<input type="checkbox"/> 第43回大会	<input type="checkbox"/> 第44回大会	<input type="checkbox"/> 第45回大会
		<競技種目>					
		過去に参加した全国大会での結果(金賞受賞の有無)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合(第 回)	

【留意事項】

- ① 1、5、6、7、9は、該当する項目にレ点を付けてください。
- ② 同一の所属機関等から同一の競技で複数名の参加申込を行う場合は、優先順番を記載してください。
- ③ 参加申込者の手帳等の写しは提出不要です。

第 25 回栃木県障害者技能競技大会参加に係る同意事項

1. 第 25 回栃木県障害者技能競技大会（以下、「第 25 回栃木大会」という。）に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。
2. 自己の責任において来場し、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。
3. 第 25 回栃木大会参加中に怪我を負った場合や疾病等にかかった時は、主催者が応急処置を行い、必要な場合は医療機関等へ繋ぐこと。
4. 第 25 回栃木大会会場内での事故等（選手の責めに帰す場合を除く。）については、主催者が付保する傷害保険の範囲内で補償すること。なお、第 25 回栃木大会会場と各地の旅行行程中の事故等については、補償の対象とならないこと。
5. 主催者は、参加申込書（以下、「申込書」という。）記載事項のうち、「氏名」「勤務先 所属先名」等を第 25 回栃木大会に関する各種印刷物等に記載すること。また、その他の申込書記載事項を第 25 回栃木大会に係る各種統計資料に活用すること。
6. 主催者及び主催者が認めた者（報道機関を含む。）が第 25 回栃木大会期間中に写真・動画等を撮影すること及び当該写真・動画等を第 25 回栃木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. 第 25 回栃木大会に持ち込む所有物（私物）に関しては、責任をもって自己管理し、事故・過失による損壊・紛失等については、主催者を免責すること。
8. 主催者から示された方針及び決定事項に従うこと。
9. 主催者が大会の円滑な運営のために、申込書記載事項及びその他必要な事項について、運営スタッフ（競技委員、手話通訳者等を含む。）で情報を共有すること。
10. 競技において製作された作品等の所有権は、すべて主催者事務局に帰属すること。

※参加者にかかる個人情報の取扱い

主催者事務局が取得した参加者の個人情報は、第 25 回栃木大会開催にあたって必要な広報活動及び関連事務において利用し、当機構の個人情報の取扱いに関する規定に基づき適正に取り扱います。

【主催者事務局】

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

栃木支部 高齢・障害者業務課

〒320-0072 栃木県宇都宮市若草 1-4-23

TEL:028-650-6226 FAX:028-623-0015