

アビリンピックやまぐち2025（山口県障害者技能競技大会）参加申込書

①	ふりがな			② 生 年 月 日		③ 年 齢
	氏 名			昭和・平成	年 月 日	※令和7年4月1日現在 歳
④	現 住 所	〒 -	TEL			
			FAX			
			E-mail			
⑤	勤務先又は 所属機関名	☐ 一般企業 ☐ 特例子会社 ☐ 福祉施設利用者 ☐ 総合支援学校 ☐ その他（ ）		⑥	(大会事務局からの連絡希望先) 現住所・勤務、所属先	
⑦	⑤の 所 在 地	〒 -	TEL			
			FAX			
			E-mail			
⑧	障 害 の 種 別	肢体不自由 ・ 視覚障害 ・ 音声／言語障害 ・ 聴覚障害 内部障害 ・ 知的障害 ・ 精神障害				
⑨	所持する 手帳、 診断書等	障 害 者 手 帳	診 断 書 ・ 判 定 書 等		その他（参加資格④の方）	
		・ 身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳	・ 診断書又は意見書（身体 障害者、精神障害者に限る） ・ 判定書等（知的障害者に限る）		・ 障害者福祉サービス 受給者証 ・ 特別（総合）支援学校生徒	
⑩	補装具の 使用状況	車椅子 ・ 両松葉杖 ・ 片松葉杖 ・ その他（ ）				
⑪	介助の要否	要 ・ 否	介助者氏名：			
⑫	参加競技 種目					
⑬	来場方法	自家用車 ・ 公共交通機関 ・ その他（ ）				
⑭	備 考					

注1：参加申込書は郵送にて下記住所宛ご送付下さい。

注2：介助が必要な方は⑪欄に介助者氏名をご記入ください。

注3：主催者への要望・連絡等（手話通訳者、要約筆記者の配置等）は⑭欄にご記入ください。

注4：ご提供いただいた個人情報については、個人情報に関する法令等を遵守し、利用・管理を適正に行います。山口県(全国)障害者技能競技大会以外での個人情報の利用はいたしません。

（お問合せ先 / 申込先）

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
 山口支部高齢・障害者業務課 担当：塩田・石田
 住所：〒753-0861 山口市矢原1284-1
 TEL 083-995-2050・FAX 083-995-2051

<裏面有>

アビリンピックやまぐち2025（山口県障害者技能競技大会）参加に係る同意書

私は、アビリンピックやまぐち2025（山口県障害者技能競技大会）に技能競技選手として参加するにあたり、下記事項すべてに同意し、署名いたします。

記

1.アビリンピックやまぐち2025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、同大会へ参加すること。

2.自己責任において自身の体調・安全管理を行う（必要な服用薬・服装等の持参を含む。）こと。

3.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処置を行うこと。

4.アビリンピックやまぐち2025開催時の事故等については、主催者が付保する傷害保険の範囲内で補償すること。

5.主催者が大会参加申込書記載の項目のうち、「氏名」及び「勤務先又は所属機関名」をアビリンピックやまぐち2025に関する各種印刷物に掲載すること。

6.主催者及び主催者が認めた者がアビリンピックやまぐち2025開催中に私の写真等を撮影すること並びに当該写真等をアビリンピックやまぐちに関する各種広報物等（ホームページ等への掲載を含む。）に使用すること。

7.大会会場に持ち込む所有物（私物）に関しては、責任を持って自己管理し、主催者に過失がない場合の事故・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。

8.アビリンピックやまぐち2025において、主催者及び主催者が認めた者から示された方針及び決定事項に従うこと。

れいわ ねん がつ にち
令和7年 月 日

ほんにんしよめい

本人署名：

しんけんしゃまた だいにんしよめい

※親権者又は代理人署名：

※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してください。