

第19回 大阪市障がい者スポーツ大会 参加申込書

※事務局使用欄

ふりがな				性別	男 ・ 女
お名前					
生年月日・年齢	昭和	平成	年	月	日
現住所	〒 - - FAX - -				
現在所属の学校・事業所等	現住所が大阪市内の場合/障がい者手帳を持っていない場合に記入してください				
TEL	-	-	FAX	-	-
主となる障がい分類	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神				
重複している障がい	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ( )				
競技中に使用する補装具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖等を使用 <input type="checkbox"/> 義肢・装具を使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 両手駆動 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> 足駆動 <input type="checkbox"/> 電動				
全国大会へ出場する意志	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
本大会の参加歴	<input type="checkbox"/> 初めて参加する <input type="checkbox"/> 参加したことがある				
今回の大会をどこでしましたか	<input type="checkbox"/> 長居・舞洲障がい者スポーツセンター <input type="checkbox"/> 区役所 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 事業所・施設等 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
視覚障がいの方へのアンケート	<input type="checkbox"/> 点字プログラムを希望する ※メール通知を希望する方のみ以下にアドレスを記載してください <input type="checkbox"/> メールでの参加確認通知を希望する				

■障がい内容 ※ お持ちの障がい者手帳の情報を記載してください。(精神障がい者は参加資格をチェック)

身体障がい者手帳	療育手帳	精神障がい者 参加資格
発行都道府県市区：	発行都道府県市区：	次のいずれかにチェックしてください
第 号 / 第 種 級	第 号	<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳を所持 (交付申請中の方を含む) <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)受給者証を所持 <input type="checkbox"/> 主治医による通院証明
手帳の記載内容のすべてを記入してください	程度： A ・ B1 ・ B2	
障がいの原因(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎、事故等具体的に)	<input type="checkbox"/> ※手帳所持なしの場合 <input type="checkbox"/> 関連施設・学校に在籍 <input type="checkbox"/> その他	

■出場競技・種目 ※ 出場を希望する競技を○でかこみ、障害区分番号・種目・自己記録等を記載・選択してください

競技	障害区分番号 ※要項参照	出場希望種目	自己記録	特記事項 ※該当する□に✓をいれてください
陸上競技		①		<input type="checkbox"/> 特段の理由により介助者の入場を希望 <input type="checkbox"/> 移動時に車いすの貸し出しを希望 <input type="checkbox"/> 【視覚障害】伴走者を同伴 <input type="checkbox"/> 【走高跳】最初のバーの高さ _____ m _____ cm
		②		
水泳		①		<input type="checkbox"/> スタート方法 ( 飛込 ・ 水中 ) <input type="checkbox"/> 特段の理由により介助者の入場を希望 <input type="checkbox"/> 入退水等に競技役員による補助を希望 <input type="checkbox"/> 移動時に車いすの貸し出しを希望 <input type="checkbox"/> 【視覚障害】合図棒による合図を希望
		②		
アーチェリー		<input type="checkbox"/> リカーブ 50m-30m・30mダブル <input type="checkbox"/> コンパウンド 50m-30m・30mダブル		<input type="checkbox"/> 特段の理由により介助者の入場を希望 <input type="checkbox"/> 競技中に、車いす・いすを使用 <input type="checkbox"/> ※50m-30m/30mダブルのいずれかを○で囲む
卓球・サウンドテーブルテニス		<input type="checkbox"/> 卓球 <input type="checkbox"/> サウンドテーブルテニス		
フライングディスク		<input type="checkbox"/> アクセラシー 5m ・ 7m <input type="checkbox"/> ディスタンス		<input type="checkbox"/> 座位 ・ <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 右投げ ・ <input type="checkbox"/> 左投げ <input type="checkbox"/> ※アクセラシーは「5m・7m」のいずれかを○で囲む
ボウリング	-	-	アベレージ	<input type="checkbox"/> 特段の理由により介助者の入場を希望 <input type="checkbox"/> ※ボックス内での助言は競技規則上禁止されています。 <input type="checkbox"/> 助言する場合は、全国大会選考の対象外とします。

※ご記入いただきました個人情報は、大会プログラムに掲載し、公表します。また、テレビ・新聞などの報道や広報誌などに選手の名前、写真、映像などが掲載されることがありますので、いずれもご了承のうえ、お申込みください。