

# 《 ボウリング競技 》

市町村等 [ ]

## 第 18 回 鹿児島県障害者スポーツ大会参加申込書（個票）

1	所属名		介助者名	氏名 (続柄)		
				住所 (連絡先)		
2	フリガナ		性別 1 男 2 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	氏名			年齢	令和6年4月1日現在( 歳)	
3	現住所	〒			☎	
					Fax	
4	療育手帳	交付手帳	県・市	第	号	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ その他
	競技する障害の分類	1 肢体 — 2 視覚 — 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 — 4 内部 5 知的				
	重複障害	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的 6 精神				

5 自己記録	6 特記事項
<p>アベレージを必ずご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 10px auto; text-align: center;">点</div>	<p>以下の項目の該当する番号等に○印を付けてください。</p> <p>1 特になし</p> <p>2 競技中に 車いす を使用</p> <p>3 競技中は使用しないが 招集から解散までの待ち時間や移動のために 車いす を使用</p> <p>4 聴覚障害のため、情報保障について 1. 手話通訳者が必要 2. 要約筆記者が必要 3. 情報保障は不要</p>

### 【 申し込みにあたって、チェックをお願いします 】

チェック欄

参加申し込み書類が提出された時点で、以下の掲載について同意があったものとして取り扱います

健康管理については、自己の責任において行うこと。

大会当日は、競技会場にテレビ、新聞報道機関が来場することが予想され、選手の氏名・写真・映像が報道されることがあります。また、競技プログラムや普及啓発用のホームページ等に障害区分(重複障害含む)、年齢区分、氏名、選手団名、競技中の写真および競技記録等を掲載しますので、あらかじめご了承の上、お申し込みください。

心疾患のある方は、主治医の「診断書又は意見書」を別途提出ください。

前回の参加状況	前回の第17回鹿児島県障害者スポーツ大会に ( 出場した ・ 出場していない )
来年の全国大会参加意向	2024年度 第23回佐賀大会に選出された場合 ( 参加する ・ 辞退する )
県障害者スポーツ大会当日の駐車場の希望について	( 陸上競技用駐車場のみ ) ( 希望する ・ 希望しない )

※ 2024年佐賀大会における鹿児島県選手団派遣日程は、2024年10月24日(木)～29日(火)の5泊6日間です。

※ 上記全国大会における選手本人の宿泊費・旅費等は、鹿児島県が負担する予定です。