

《 ボウリング競技 》

市町村等 []

第 19 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7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18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	2025年度 第24回滋賀大会に選出された場合 (参加する ・ 辞退する)

※ 2025年滋賀大会における鹿児島県選手団派遣日程は、2025年10月23日(木)～28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。