

第19回新潟県障害者スポーツ大会個人競技参加申込書

《ボウリング》

フリガナ		性別		住民票のある市町村	
氏名		男 女			
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	満 歳 ※平成30年4月1日現在
連絡先	〒				少年 (13~19歳) 青年 (20~35歳) 壮年 (36歳 以上)
					TEL :
					FAX :
所属名					
療育手帳	1. 療育手帳あり (手帳交付申請中の方を含む)      2. 療育手帳なし (取得の対象に準ずる方)				
重複障害	1. なし    2. 肢体    3. 視覚    4. 聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく機能    5. 内部    6. 精神				
全国大会出場の意思	1. ある    2. ない    ※必ずどちらかに○をつけてください。				

自己記録 アベレージ (平均点) を記入してください	特記事項 該当項目に○をつけてください	
点	重複障害で聴覚障害があり手話通訳が必要	
	重複障害により競技中に車椅子を使用	

シューズについて	
1. マイシューズを持参する	2. 会場で借用する【サイズ                  cm】
*借用する場合は参加費とは別に300円必要となります	

いただいた個人情報は、本事業の目的以外に使用いたしません。