

第19回新潟県障害者スポーツ大会個人競技参加申込書

《フライングディスク》

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	身体障害	1部 (39歳以下) 2部 (40歳以上)	知的障害	少年 (13~19歳) 青年 (20~35歳) 壮年 (36歳以上)	
連絡先	〒					TEL :	
						FAX :	
所属名							
主障害	1. 身体	※身体障害の方は手帳に記載されている内容を記入してください					
	2. 知的	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、そしやく機能 5. 内部 6. 知的 7. 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。						

出場種目等 各項目の該当する箇所に○を付けてください		特記事項 該当項目に○を付けてください	
アキュラシー	出場する 出場しない	利き手	右投げ 左投げ
	5m 7m	視覚障害の方で音源が必要	
ディスタンス	出場する 出場しない	聴覚障害の方で手話通訳を希望	
	座位 立位	競技中に車椅子を使用	
		競技中、投げるときに椅子を使用	
		競技エリアへの介助者帯同希望	

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。