

第25回新潟県障害者スポーツ大会 フライングディスク競技 参加申込書

フリガナ			性別 (必須)	①男 ②女	生年月日 (必須)	西暦	年 月 日	
氏名 (必須)	姓	名			満	歳 (2024年4月1日現在)		
住所 (必須)	①自宅	〒 -					住民票のある市町村 (必須)	
	②所属先	*所属先の場合は、必ず名称を記入してください。						
所属名	*学校名、施設名、チーム名等を記入してください。空欄でも構いません。							
電話 (必須)	①自宅または所属先	- -		FAX	①自宅	- -		
	②所属先				②所属先			
身体障害者 (必須)	身体障害者手帳等級	障害の原因となっている傷病名等			視力*視覚障害の方のみ記入			
	種 級	*脳性麻痺、脳出血、頸髄○番損傷等			裸 眼	右	左	矯正 不可
		障害名			矯正後	右	左	
	*身体障害者手帳の全文を記載してください。							
知的障害 (必須)	①療育手帳A ②療育手帳B ③手帳なし (取得の対象に準ずる方)							
精神障害 (必須)	*精神障害の方はオープン参加のため、代表選手の選考対象にはなりません。 ①精神障害者保健福祉手帳あり ②手帳なし (取得の対象に準ずる方)							
重複障害 (必須)	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知的 ⑦精神							
全国大会 出場意思 (必須)	*未記入の場合は「出場の意思なし」とみなします。 ①出場の意思あり ②出場の意思なし							
全国大会 出場状況 (必須)	①栃木大会へ出場した ②鹿児島大会へ出場した ③どちらも出場していない *栃木大会と鹿児島大会へ連続で出場した方は選考の対象外となります。							
年齢区分 (必須)	①身体障害1部 (39歳以下) ②身体障害2部 (40歳以上) ③知的障害少年 (19歳以下) ④知的障害青年 (20~35歳) ⑤知的障害壮年 (36歳以上)							
出場種目 (必須)	*全国大会出場の意味のある方は、 必ずアキュラシーとディスタンスの両方 にお申し込みください。 〈アキュラシー〉 ①5m ②7m ③参加しない 〈ディスタンス〉 ①座位 ②立位 ③参加しない							
右投げ 左投げ (必須)	①右投げ ②左投げ							
特記 事項	①視覚障害で音源による支援を希望 [1. する 2. しない]							
	②下肢に障害のある方でアキュラシー種目の際 [1. 車いす] に座って投げる							
	③下肢に障害のある方でアキュラシー種目の際 [1. いす] に座って投げる							
	④聴覚、音声・言語等に障害のある方で手話通訳を希望 [1. する 2. しない]							

裏面も忘れずに記入してください

個人情報の提供 ※以下の内容を確認のうえ☑を入れてください。

申込時にいただいた個人情報（氏名・年齢・障害名・所属など）を、報道機関などへ情報提供する場合があります。また、主催者が許可した報道機関などにより、大会の様子の撮影（動画・画像）、音声などの録音が行われ、テレビやラジオ、新聞、雑誌、ホームページなどで放映・放送・掲載される場合がありますので予めご了承ください。

個人情報の提供について、内容を確認し了承した。

同意及び確認事項 ※以下の内容を確認のうえ☑を入れてください。

派遣選手は、以下の派遣期間〔令和6年10月24日（木）～29日（火）〕の全日程参加できる方を選考します。派遣場所、日程などを考慮し、長期間の派遣に堪え得る体力や健康を有し、新潟県及び新潟市選手団の一員として、集団生活や行動に適応できることが条件となります。

なお、宿泊施設の部屋割りは、障害や年齢、性別を考慮して行います。ただし、宿泊施設は開催県からの割当となるため、部屋のタイプ（和室や洋室、シングルやツインなど）の要望など、個別の対応はできませんのであらかじめご了承ください。

出場意思のあり方は、代表選手に選考された際、以下の項目全てに同意していただく必要があります。

- 派遣期間（5泊6日）全日程参加可能である。
- 選手団として他者との同行動が可能である。
- 宿泊施設において複数人部屋での寝泊まりが可能である。
- 大会参加により障害が悪化する可能性がない。