

第27回三重県障がい者スポーツ大会 ボウリング参加申込書(総括表)

市町又は団体名	
参加人数	選手()名 ・ 付添者()名 付添者なしの場合は、「0」と記入してください。
責任者連絡先 所属・名前	住所 〒 _____ _____ 所属 _____ 名前 _____ TEL _____ FAX _____
緊急連絡先	住所 〒 _____ _____ 名前 _____ TEL _____
交通手段	1. 貸切バス()台 2. 乗用車()台 3. マイクロバス()台 4. 車いす対応乗用車()台 5. 公共交通機関利用()名 6. 送迎バス利用希望 < 近鉄津駅西口 ~ 津グランドボウル > ()名 (内、車いす使用者 _____ 名)
希望日時 (希望の時間帯に ○を付けてください。)	午前の部 ・ 午後の部 ※ご希望の時間に添えない場合がありますことをご了承ください。

送迎バス申込者 ※送迎バス利用希望者は記入してください(付添者や家族等も含みます。)

	名 前	車いす使用の有無		名 前	車いす使用の有無
1		有 無	8		有 無
2		有 無	9		有 無
3		有 無	10		有 無
4		有 無	11		有 無
5		有 無	12		有 無
6		有 無	13		有 無
7		有 無	14		有 無

10/17(木) 締切
FAX不可

様式2

第27回三重県障がい者スポーツ大会 ボウリング参加申込書(個人票)

団体名							
フリガナ			性別	1 男 2 女	保護者 名前	参加者が未成年の場合のみ	
名前							
生年月日 年齢	昭和・平成	年	月	日	生	知的	少年(19歳以下) 青年(35歳以下)
		満			歳		壮年(36歳以上)
	(令和6年4月1日現在)					年 区 分	
現住所	〒				TEL		
					FAX		
全国障害者 スポーツ大会 選手選考の希望	する ・ しない ※するを選択した方は、デュアルレーン(自動式ファウル判定器使用)方式で競技します。						
身体障害者手帳 (重複の場合記入)	交付手帳	都 道 府 県 市 第 号 第 種 級			障がい名(手帳記載のとおり全文)		
	障がいの原因となっている傷病名等						
	視覚に障がいのある方は必ず記入 矯正で出来ないときは、不可に○印		裸眼	視力	左右	視野	左右
		矯正後	視力	左右	視野	左右	
療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む)			無 (取得の対象に準ずる方を含む)			
障がいの分類	知的障がい						
重複障がい	0、無 1、肢体 2、視覚 3、聴覚・平衡、音声・言語、咀嚼機能障がい 4、精神 5、内部(膀胱・直腸機能障がい) 6、内部(膀胱・直腸機能障がい以外の内部障がい)						

アベレージ

点

※組み合わせの参考としますので、
持っている人は記入してください。

特記事項

下記の項目の該当する番号に必ず○印をつけてください。

- 1、特になし
- 2、重複障がいで、聴覚・音声・言語に障がいのある
方で (①手話通訳を希望 ②要約筆記を希望)
- 3、競技中に、車いす使用
- 4、競技中には使用しないが、待ち時間や移動
のために車いすを使用

シューズ	1 持っている (持参する)		
	2 持っていない (会場で借用したい)	靴サイズ:	cm

注意事項

- 1、障害者手帳(身体障害者手帳)の記入について、県障がい者スポーツ大会運営及び、全国障害者スポーツ大会の選手選考の目的以外には使用しませんので、ご協力よろしく申し上げます。また、記入されていない方につきまして、電話にて確認を行う事があることをご了承ください。
- 2、全国障害者スポーツ大会出場選手に選ばれた方には、改めて事務局から連絡をさせていただきます。