

第39回長野県障がい者スキーフェスティバル参加申込書

必要事項を記入の上、該当するものにレ点をしてください。

フリガナ 参加者氏名		性別 生年月日(平成29年4月1日現在の年齢)	□男 □女 年月日生(才)
住所	〒		
電話		FAX	

○出場希望される種目、体験教室、障がい区分等にレ点をつけてください。

(1) 競技 ※2種目出場することが可能です

出場種目 (両種目出場可)	□タイムレース(出場する区分にレ点をつけてください) □下肢障がい □上肢障がい □下肢障がい(チアスキー) □聴覚障がい □視覚障がい □知的障がい
	□チャレンジタイムレース(タイムレース出場者のみ出場可能) ※タイムレースを完走できなかった場合は出場できません。
伴走者の有無	□あり(氏名)) □なし

(2) 体験教室

□参加する(以下に参加希望を記入してください。)	□参加しない
□初心者コース [□一般スキーチアスキー □スノーボード □バイスキー]	
□中上級者コース[ポール練習(□一般スキーチアスキー)]	
介助者・同伴者の有無	□あり(氏名)) □なし

スキー経験	(1) スキー経験 (□1年 □2年 □3年以上)		
	(2) スキー競技経験の有無 (□あり □なし)		
障がい区分	手帳番号	長野県更新第	等級
	障がい名		
	身体障がい	□両上肢切断	□両上肢機能障がい・片下肢切断
		□片上肢切断	□両上肢機能障がい・両下肢機能障がい
		□両上肢機能障がい	□両上肢機能障がい・片下肢機能障がい
		□片上肢機能障がい	□片上肢機能障がい・両下肢切断
		□両下肢切断	□片上肢機能障がい・片下肢切断
		□片下肢切断	□片上肢機能障がい・両下肢機能障がい
		□両下肢機能障がい	□片上肢機能障がい・片下肢機能障がい
		□片下肢機能障がい	□体幹機能障がい
		□両上肢切断・両下肢機能障がい	□脊髄損傷
		□両上肢切断・片下肢機能障がい	□視覚障がい(O)
		□片上肢切断・両下肢機能障がい	□視覚障がい(光覚・手動・指數)
		□片上肢切断・片下肢機能障がい	□視覚障がい(O.01以上)
□両上肢機能障がい・両下肢切断	□聴覚障がい		
知的障がい	療育手帳あり(□A1 □A2 □B1 □B2)	□なし	
重複障がい			

※裏面の同意書をよくお読みいただき、署名してください。

どう
同
意
しょ
書

申込みにあたって確認していただく事項

- 1 参加者は、健康状態を十分把握し、自己の責任において参加してください。
- 2 参加者は、服装等安全対策に十分留意の上、自己の責任において参加してください。
- 3 競技中の事故について主催者で応急措置は行いますが、それ以外の責任は一切負いません。 (なお、参加者について傷害保険に加入しますが、内科疾患などによる入院などについてこの保険は適用されません。)
- 4 参加者の氏名、性別、障がい区分、所属 (市町村名又は学校名) 及び大会の競技結果について、主催者は大会プログラム、広報誌、ホームページ等に掲載します。
- 5 大会参加中の肖像権については主催者に一任していただきます。 (大会中に撮影された写真等を主催者の判断において障がい者スポーツ振興のために使用する場合があります。)

以上に同意した上で、長野県障がい者スキー大会への参加を申し込みます。

氏
名

保護者等署名欄

氏
名

※本人が、署名困難な場合及び未成年者の場合は、必ず保護者が署名してください。

受付・とりまとめ機関記入欄

とりまとめ機関 _____

担当者 _____

連絡先 TEL _____

FAX _____