

ボウリング

①	市町村名	〇〇市		ゼッケン番号	※ゼッケン番号は記入しないでください。		
②	フリガナ	カナガワ	タロウ	③	性別	① 男 ・ ② 女	
	氏名	神奈川	太郎	④	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 15 年 4 月 6 日	
⑤	現住所	〒 231 - 8588			TEL	045-285-0798	
		神奈川県横浜市中区日本大通 1			FAX	045-662-5557	
		(施設名等:)			Mail	〇〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.or.jp	
⑥	身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 号 級	障害名(手帳記載のとおり全文)			
		障害の原因となっている傷病名等(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に)			視覚に障害のある者のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。		
⑦	療育手帳	更新状況(手帳の記載をもとに記入)	更新時期 () 年 () 月 ・ 更新不要	無	※療育手帳がない場合は、別添で関係書類を提出すること		
		⑧	障害の分類	<input checked="" type="checkbox"/> 知的 <input checked="" type="checkbox"/> 内部 <input checked="" type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1 肢体 <input type="checkbox"/> 2 視覚 <input type="checkbox"/> 3 聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 4 知的 <input type="checkbox"/> 5 内部 <input type="checkbox"/> 6 精神			
⑨	重複障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1 肢体 <input type="checkbox"/> 2 視覚 <input type="checkbox"/> 3 聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 4 知的 <input type="checkbox"/> 5 内部 <input type="checkbox"/> 6 精神 <input type="checkbox"/> 7 その他 ()					

⑩ 自己記録

アベレージをご記入ください。

147

点

⑫ シューズ・ボール

下記の該当する番号や項目等に○印を付け、必要事項をご記入ください。

シューズについて

1 持参する

② 借用を希望する (希望者はサイズを記入)
【 サイズ (24.0 cm) 】

ボールについて

① 持参する 【 2 個 】

2 借用を希望する (希望者は重さを記入)
【 重さ ポンド 】

⑪ 障害区分確認事項

下記の項目の該当する番号等に○印を付けてください。

① 特になし

2 聴覚、音声・言語等の重複障害のある者で、
(手話通訳 ・ 手書き要約筆記) を希望

3 競技中に 車いす を使用

4 競技中は使用しないが、
招集から解散までの待ち時間や移動のために 車いす を使用

⑬ 参加申込書類が提出された時点で、下記の掲載について同意があったものとして取扱います。
本大会は、競技プログラムや大会ホームページ等に障害区分(重複障害含む)、年齢区分、氏名、選手団名、競技中の写真および競技記録等の掲載を行う場合がありますので、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。

⑭ 全国障害者スポーツ大会への参加の可否 可 不可 ※選手選考委員会にて決定をします。

⑮ 競技会当日の来場方法 自家用車 公共交通機関 その他()