

様式1-2号  
アーチェリー

第2回福岡県障がい者スポーツ大会 個人競技参加申込書

① 選手団名	※市町村、施設、学校等		※事務処理欄 (大会事務局記入)			
			選手団番号		個人番号	
フリガナ			③ 性別	1 男 ・ 2 女		
② 選手氏名			④ 生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日		
			年齢	満 歳 (令和5(2023)年4月1日現在)		
⑤ 現住所 連絡先	〒		TEL			
			FAX			
⑥ 身体障害手帳	交付手帳	都道府県第 号第 種 級 市(区)	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(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に)		視覚に障がいのある方のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。			
			視力	裸眼	右	左
⑦ 療育手帳	有	更新状況(手帳の記載のもとに記入) 更新時期 ( )年( )月	更新不要	※知的障がいの内容確認が必要な者は、別添で関係書類を提出すること。		
	無					
⑧ 障がいの分類	1 肢体 <del>2 視覚</del> 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 <del>4 知的</del> 5 内部 <del>6 精神</del>					
⑨ 重複障がい	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 知的 5 内部 6 精神 7 その他 ( )					

全国障害者スポーツ大会への出場について確認(オープン参加選手は除く)					
⑩ 出場希望	1 あり ・ 2 なし		⑪ 出場経験	1 あり ・ 2 なし	

⑫ 障害区分		
主たる障害の該当する番号1つのみに○印を付けてください。		
肢体不自由	脳原性麻痺以外で車いす常用	1 第8頸椎まで残存 2 その他の車いす
	切断・機能障害	3 上肢障害 4 下肢障害(椅子、車いす使用を含む) 5 体幹
		6 脳原性麻痺(椅子、車いす使用を含む)
		7 聴覚障害
	聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害	
	内部障害	8 ぼうこう又は直腸機能障害 9 その他の内部障害 ※オープン種目

⑭ 出場種目			
参加希望種目を1種目選び、番号に○印を付け、その種目の自己記録をご記入ください。			
自己記録	点	行射の向き	右 ・ 左
1		リカーブ30mダブルラウンド	
2		コンパウンド30mダブルラウンド	

⑮ 得点記録及び矢の回収		
得点記録及び矢の回収の委託先について、希望する番号1つに○印を付けてください。		
1 チームの監督	2 競技者の代行者	3 競技運営主管団体

⑬ 障がい区分確認事項	
障害区分1~6の方は、該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください。	
ア 切断	(部位: )
イ 脊髄損傷	(四肢麻痺 ・ 両下肢麻痺 )
ウ 日常生活で使用している補装具	(装具・車いす・杖など)が(あり・なし)
【ありの場合必ず記入して下さい】	
● 常用の補装具名	[ ]
● 常用でないが併用する補装具名	[ ]

⑯ 特記事項	
下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
1 特になし	
2 障害区分1で、アシスタントの入場が必要	【介助者氏名: ]
(介助内容	
3 障害区分1以外で、特段の理由により競技場内に同伴するアシスタントの入場を希望	(行射時間外の介助(弓具の移動や車いす移動介助等)のみを行う場合を除く)
《その理由》 【介助者氏名: ]	
-----	
4 障害区分1及び3のリカーブボウ使用者で手に補助具	(リリースエイド等の発射装置)使用を希望
5 競技中に 車いす を使用	
6 競技中に 椅子 を使用	
7 聴覚、音声・言語等に障がいのある方で、コミュニケーション手段	(手話通訳・手書き要約筆記) を希望

⑰ 申し込みにあたって、チェックをお願いします。チェック欄に✓印を付けてください。	
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。	
大会当日は、競技会場にテレビ、新聞報道機関が来場することが予想され、選手の氏名・写真・映像が報道されることがあります。また、競技プログラムや大会ホームページ、福岡県公式YouTube等に障害区分(重複障害を含む)、年齢区分、氏名、所属名、競技中の写真および競技記録等を掲載しますので、あらかじめ御了承のうえお申込みください。	<input type="checkbox"/> チェック欄