

様式2-3

第19回神奈川県障害者スポーツ大会 アーチェリー競技会参加申込書

アーチェリー

①	市町村名			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			③	性別	1 男 ・ 2 女		
	氏名				④	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	
						年齢	満 歳 (令和7(2025)年4月1日 現在)	
⑤	現住所	〒 -			TEL			
		(施設名等:)			FAX			
					Mail			
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○。			
				視力	裸眼	右	左	不可
					矯正後	右	左	
⑦	療育手帳	有	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	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						
⑨	重複障害	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 ()						

⑩ 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頸髄まで残存
		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
脳原性麻痺 (脳性麻痺・脳血管疾患・脳外傷等)		6	脳原性麻痺 (椅子、車いす使用を含む)
聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害		7	聴覚障害
内部障害		8	ぼうこう又は直腸機能障害

⑫ 出場種目

参加希望する種目を1種目選び、番号に○印を付け、その種目の自己記録を下欄にご記入ください。

自己記録	点	行射の向き	右 ・ 左
1			
2			
3			
4			

⑬ 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 (エージェント) ・ 3 競技運営団体

⑪ 障害区分確認事項

「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 (ある・ない)
【ありの場合必ず記入してください】

●常用の補装具名 []

●常用でないが併用する補装具名 []

⑭ 特記事項

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。

- 特になし
- 障害区分1で、アシスタントの入場が必要 (介助内容:)
- 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)
- 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
- 競技中に 車いす を使用
- 競技中に 椅子 を使用
- 聴覚、音声・言語等に障害のある者で (手話通訳 ・ 手書き要約筆記) を希望

⑮ 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。

⑯ 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。
⑰ 競技会当日の来場方法	自家用車 ・ 公共交通機関 ・ その他()	