

第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会

【卓球：知的】参加申込書

		選手団名			
フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	昭和 平成 年 月 日 満 歳 令和 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 少年の部(19歳以下) <input type="checkbox"/> 青年の部(20～35歳) <input type="checkbox"/> 壮年の部(36歳以上)
住所	(〒 -)			電話	() -
メールアドレス				FAX	() -
大会当日 緊急連絡先	(電話番号) () - (続柄) (氏名) ※大会当日、体調不良の場合等に連絡を取れる方を記載してください				
出場資格	<input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)に現住所を有している <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の施設に入所・通所している(施設名:) <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の学校に通学している(学校名:)				
障害者手帳 療育手帳等	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分A】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B1】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B2】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 児童相談所・知的障害者更生相談所長の判定書がある <input type="checkbox"/> 在籍(在学、通所、入所)または卒業(退所)先の所属長による証明書がある				
重複障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他()				
大会参加誓約 ※誓約がない場合は 出場できません	大会への参加にあたり、自己の心身の状況を充分考慮し、大会参加に支障がないと自ら判断したので申し込みます。 競技当日の運営に関しては、運営側役員に一任します。競技当日の健康上の問題は自己責任とし、運営側・施設側への責任の言及は行いません。また、事故・怪我等の発生時は運営側・施設側に明確な責任がない限り、その責任の言及は行いません。前述に記されている事態が発生した場合は、双方話し合いのうえ解決することといたします。 <input type="checkbox"/> 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることをここに誓約いたします。				

全国大会出場歴	<input type="checkbox"/> 第1回～第10回 出場大会名() <input type="checkbox"/> 第11回山口 <input type="checkbox"/> 第12回岐阜 <input type="checkbox"/> 第13回東京 <input type="checkbox"/> 第14回長崎 <input type="checkbox"/> 第15回和歌山 <input type="checkbox"/> 第16回岩手 <input type="checkbox"/> 第17回愛媛 <input type="checkbox"/> 第18回福井 <input type="checkbox"/> 第22回栃木 <input type="checkbox"/> 特別 鹿児島 <input type="checkbox"/> 第23回佐賀 <input type="checkbox"/> 第24回滋賀
---------	---

■全国障害者スポーツ大会への出場等意思確認 (オープン参加選手は除く)

今大会の競技成績等を参考に、10月23日～26日に青森県で開催される第25回全国障害者スポーツ大会への兵庫県派遣選手の選考を行います。もしあなたが選考された場合、出場する意思はありますか。

意 思 確 認	<input type="checkbox"/> 出場する意思あり <input type="checkbox"/> 出場する意思なし
	「出場する意思あり」で回答した者のみ
	① 出場選手に選出された場合に至急連絡のとれる連絡先を記載してください。県障害者スポーツ協会より確認の連絡をします。(電話番号、Fax番号、電子メールアドレス等、お持ちの連絡先は全てご記載ください)
	例①: 父 078-×××-××××、例②: ○○特別支援学校 教諭△△ 079-×××-××××
	② 全国大会(青森県)に出場する場合、5泊6日の長期旅行の予定です(※飛行機または鉄道での移動予定)。この間に必要な日常の介助や、留意すべき持病等があれば必ず記入してください。 【食事介助】必要・不要 【トイレ介助】必要・不要 【入浴介助】必要・不要 【服薬介助】必要・不要 (その他) 例: てんかん発作あり、 ○○に障害があるため入所している施設の職員の同行を希望 服薬介助: 服薬の声掛けが必要 等詳細を記載してください。
※兵庫県選手資格: 第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会実施要綱を必ずご確認ください。 選考基準(一部抜粋): 兵庫県代表選手の自覚を持ち、正々堂々と全力を尽くして競技ができる者、兵庫県選手団として、ふさわしい団体行動が取れる者	

■表彰に対する意思確認（オープン参加選手は除く）

兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会や全国障害者スポーツ大会において好成績を収められた場合、県市等の表彰において被表彰者として推薦することがあります。表彰対象となった場合、推薦されることに同意しますか、辞退しますか。同意する場合、お住まいの自治体等から問い合わせがあった場合、氏名、年齢等の情報を提供する場合があります。

意思確認 ☐ 同意する ☐ 辞退する

■他の競技に出場する場合は、重複して出場はできません

チェック	<input type="checkbox"/> 他の競技に申し込みしていない
------	---

■特記事項（該当する□にレ印、必要事項を記入。該当のない場合は、「該当なし」にレ印を記入すること）

特記事項	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 特段の理由により競技場内に同伴する介助者の入場を希望 <input type="checkbox"/> その他、上記介助者入場希望の理由()
------	--

■競技レベル(該当する□にレ印を記入)

特記事項	<input type="checkbox"/> 初心者 <input type="checkbox"/> スマッシュできる <input type="checkbox"/> 他大会に出場経験有り <input type="checkbox"/> 激しいラリーを打ち合える <input type="checkbox"/> 大会で上位入賞経験有り
------	---

■のじぎく大会への来場方法 ※会場までの交通手段をお答えください。

☐ 公共交通機関 ☐ 普通車 ☐ バス(マイクロバス・大型バス) ☐ その他()

■個人情報等の取り扱いについて

(下記①～③を確認の上、同意する場合は□にレ印を記入。同意できない場合は当該大会に出場できません。)

①大会当日は、競技会場に新聞社等の報道機関が来場し、選手の氏名・写真・映像等が報道されることがあります。

競技プログラムや大会ホームページ、大会報告や(公財)兵庫県障害者スポーツ協会機関誌等に障害区分(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が掲載されることに對し、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。また、選手肖像を含む上記情報は、大会終了後広報目的等で、主催者及び主催者が認めたものが使用する場合があります。

②今大会の成績について、お住まいの自治体等から表彰等のために問い合わせがあった場合、氏名、年齢等の情報を提供する場合があります。

③全国障害者スポーツ大会に選出された場合も上記①②と同様に取り扱うこととなります。

☐ 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることを、ここに同意いたします。

第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会

【ボウリング:知的】参加申込書

		選手団名			
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	昭和 平成 年 月 日 満 歳 令和 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 少年の部(19歳以下) <input type="checkbox"/> 青年の部(20～35歳) <input type="checkbox"/> 壮年の部(36歳以上)
氏名					
住所	(〒 -)			電話	() -
メールアドレス				FAX	() -
大会当日 緊急連絡先	(電話番号) () - (続柄) (氏名) ※大会当日、体調不良の場合等に連絡を取れる方を記載してください				
出場資格	<input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)に現住所を有している <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の施設に入所・通所している(施設名:) <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の学校に通学している(学校名:)				
障害者手帳 療育手帳等	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分A】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B1】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B2】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 児童相談所・知的障害者更生相談所長の判定書がある <input type="checkbox"/> 在籍(在学、通所、入所)または卒業(退所)先の所属長による証明書がある				
重複障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他()				
大会参加誓約 ※誓約がない場合は 出場できません	大会への参加にあたり、自己の心身の状況を充分考慮し、大会参加に支障がないと自ら判断したので申し込みます。 競技当日の運営に関しては、運営側役員に一任します。競技当日の健康上の問題は自己責任とし、運営側・施設側への責任の言及は行いません。また、事故・怪我等の発生時は運営側・施設側に明確な責任がない限り、その責任の言及は行いません。前述に記されている事態が発生した場合は、双方話し合いのうえ解決することといたします。 <input type="checkbox"/> 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることをここに誓約いたします。				

全国大会出場歴	<input type="checkbox"/> 第1回～第10回 出場大会名() <input type="checkbox"/> 第11回山口 <input type="checkbox"/> 第12回岐阜 <input type="checkbox"/> 第13回東京 <input type="checkbox"/> 第14回長崎 <input type="checkbox"/> 第15回和歌山 <input type="checkbox"/> 第16回岩手 <input type="checkbox"/> 第17回愛媛 <input type="checkbox"/> 第18回福井 <input type="checkbox"/> 第22回栃木 <input type="checkbox"/> 特別 鹿児島 <input type="checkbox"/> 第23回佐賀 <input type="checkbox"/> 第24回滋賀
---------	---

■全国障害者スポーツ大会への出場等意思確認 (オープン参加選手は除く)

今大会の競技成績等を参考に、10月23日～26日に青森県で開催される第25回全国障害者スポーツ大会への兵庫県派遣選手の選考を行います。もしあなたが選考された場合、出場する意思はありますか。

意 思 確 認	<input type="checkbox"/> 出場する意思あり <input type="checkbox"/> 出場する意思なし
	「出場する意思あり」で回答した者のみ ① 出場選手に選出された場合に至急連絡のとれる連絡先を記載してください。県障害者スポーツ協会より確認の連絡をします。(電話番号、Fax番号、電子メールアドレス等、お持ちの連絡先は全てご記載ください) 例①:父 078-×××-××××、例②:〇〇特別支援学校 教諭△△ 079-×××-××××
	② 全国大会(青森県)に出場する場合、5泊6日の長期旅行の予定です(※飛行機または鉄道での移動予定)。この間に必要な日常の介助や、留意すべき持病等があれば必ず記入してください。
	【食事介助】必要・不要 【トイレ介助】必要・不要 【入浴介助】必要・不要 【服薬介助】必要・不要 (その他) 例:てんかん発作あり、 〇〇に障害があるため入所している施設の職員の同行を希望 服薬介助:服薬の声掛けが必要 等詳細を記載してください。
	※兵庫県選手資格:第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会実施要綱を必ずご確認ください。 選考基準(一部抜粋):兵庫県代表選手の自覚を持ち、正々堂々と全力を尽くして競技ができる者、兵庫県選手団として、ふさわしい団体行動が取れる者

第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会

【水泳：知的】参加申込書

				選手団名			
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日 満 歳 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 少年の部(19歳以下) <input type="checkbox"/> 青年の部(20～35歳) <input type="checkbox"/> 壮年の部(36歳以上)	
氏名							
住所	(〒 -)					電話 () -	
メールアドレス						FAX () -	
大会当日 緊急連絡先	(電話番号) () - (続柄) (氏名) ※大会当日、体調不良の場合等に連絡を取れる方を記載してください						
出場資格	<input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)に現住所を有している <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の施設に入所・通所している(施設名:) <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の学校に通学している(学校名:)						
障害者手帳 療育手帳等	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分A】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B1】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B2】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 児童相談所・知的障害者更生相談所長の判定書がある <input type="checkbox"/> 在籍(在学、通所、入所)または卒業(退所)先の所属長による証明書がある						
重複障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他()						
大会参加誓約 ※誓約がない場合は 出場できません	大会への参加にあたり、自己の心身の状況を充分考慮し、大会参加に支障がないと自ら判断したので申し込みます。競技当日の運営に関しては、運営側役員に一任します。競技当日の健康上の問題は自己責任とし、運営側・施設側への責任の言及は行いません。また、事故・怪我等の発生時は運営側・施設側に明確な責任がない限り、その責任の言及は行いません。前述に記されている事態が発生した場合は、双方話し合いのうえ解決することといたします。 <input type="checkbox"/> 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることをここに誓約いたします。						

全国大会出場歴	<input type="checkbox"/> 第1回～第10回 出場大会名() <input type="checkbox"/> 第11回山口 <input type="checkbox"/> 第12回岐阜 <input type="checkbox"/> 第13回東京 <input type="checkbox"/> 第14回長崎 <input type="checkbox"/> 第15回和歌山 <input type="checkbox"/> 第16回岩手 <input type="checkbox"/> 第17回愛媛 <input type="checkbox"/> 第18回福井 <input type="checkbox"/> 第22回栃木 <input type="checkbox"/> 特別 鹿児島 <input type="checkbox"/> 第23回佐賀 <input type="checkbox"/> 第24回滋賀
---------	---

■全国障害者スポーツ大会への出場等意思確認（オープン参加選手は除く）
今大会の競技成績等を参考に、10月23日～26日に青森県で開催される第25回全国障害者スポーツ大会への兵庫県派遣選手の選考を行います。もしあなたが選考された場合、出場する意思はありますか。

意 思 確 認	<input type="checkbox"/> 出場する意思あり <input type="checkbox"/> 出場する意思なし
	「出場する意思あり」で回答した者のみ ① 出場選手に選出された場合に至急連絡のとれる連絡先を記載してください。県障害者スポーツ協会より確認の連絡をします。(電話番号、Fax番号、電子メールアドレス等、お持ちの連絡先は全てご記載ください) 例①: 父 078-×××-××××、例②: ○○特別支援学校 教諭△△ 079-×××-××××
	② 全国大会(青森県)に出場する場合、5泊6日の長期旅行の予定です(※飛行機または鉄道での移動予定)。この間に必要な日常の介助や、留意すべき持病等があれば必ず記入してください。
	【食事介助】必要・不要 【トイレ介助】必要・不要 【入浴介助】必要・不要 【服薬介助】必要・不要 (その他) 例: てんかん発作あり、 ○○に障害があるため入所している施設の職員の同行を希望 服薬介助: 服薬の声掛けが必要 等詳細を記載してください。
	※兵庫県選手資格: 第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会実施要綱を必ずご確認ください。 選考基準(一部抜粋): 兵庫県代表選手の自覚を持ち、正々堂々と全力を尽くして競技ができる者、兵庫県選手団として、ふさわしい団体行動が取れる者

■表彰に対する意思確認（オープン参加選手は除く）

兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会や全国障害者スポーツ大会において好成績を収められた場合、県市等の表彰において被表彰者として推薦することがあります。表彰対象となった場合、推薦されることに同意しますか、辞退しますか。同意する場合、お住まいの自治体等から問い合わせがあった場合、氏名、年齢等の情報を提供する場合があります。

意思確認 ☐ 同意する ☐ 辞退する

■他の競技に出場する場合は、重複して出場はできません

チェック	<input type="checkbox"/> 他の競技に申し込みしていない
------	---

■参加希望種目（1種目のみ。希望する□にレ印を記入し、他必要項目を記入。）（リレー参加の場合はリレー含む2種目出場可）

自由形	<input type="checkbox"/> 25m <input type="checkbox"/> 50m						
平泳ぎ	<input type="checkbox"/> 25m <input type="checkbox"/> 50m						
背泳ぎ	<input type="checkbox"/> 25m <input type="checkbox"/> 50m						
バタフライ	<input type="checkbox"/> 25m <input type="checkbox"/> 50m						
4×50mリレー	<input type="checkbox"/> 参加する	リレーメンバー氏名①		リレーメンバー氏名②		リレーメンバー氏名③	
	<input type="checkbox"/> 参加しない	リレーメンバー氏名④		リレーメンバー氏名⑤			

■特記事項（該当する□にレ印、必要事項を記入。該当のない場合は、「該当なし」にレ印を記入すること）

特記事項	<input type="checkbox"/> 該当なし
	<input type="checkbox"/> 入退水時に大会競技役員(補助員含む)による補助を希望
	<input type="checkbox"/> 入退水時に許可された者(介助者)による補助を希望
	<input type="checkbox"/> スタート方法は水中スタートを希望
	<input type="checkbox"/> スタート方法はスタート台横を希望
	<input type="checkbox"/> 大会競技役員(補助員含む)または介助者が入水しての入退水、水中スタート補助を希望
	<input type="checkbox"/> 入退水はプールサイドからを希望
	<input type="checkbox"/> 入退水はスタート台の横からを希望
	<input type="checkbox"/> 特段の理由によりプールサイドに同伴する介助者の入場を希望
<input type="checkbox"/> その他、上記介助者入場希望の理由()	

■のじぎく大会への来場方法 ※会場までの交通手段をお答えください。

☐ 公共交通機関 ☐ 普通車 ☐ バス(マイクロバス・大型バス) ☐ その他()

■個人情報等の取り扱いについて

(下記①～③を確認の上、同意する場合は□にレ印を記入。同意できない場合は当該大会に出場できません。)

①大会当日は、競技会場に新聞社等の報道機関が来場し、選手の氏名・写真・映像等が報道されることがあります。

競技プログラムや大会ホームページ、大会報告や(公財)兵庫県障害者スポーツ協会機関誌等に障害区分(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が掲載されることに對し、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。また、選手肖像を含む上記情報は、大会終了後広報目的等で、主催者及び主催者が認めたものが使用する場合があります。

②今大会の成績について、お住まいの自治体等から表彰等のために問い合わせがあった場合、氏名、年齢等の情報を提供する場合があります。

③全国障害者スポーツ大会に選出された場合も上記①②と同様に取り扱うこととなります。

☐ 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることを、ここに同意いたします。

第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会

【陸上競技:知的】参加申込書

				選手団名			
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日 満 歳 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 少年の部(19歳以下) <input type="checkbox"/> 青年の部(20~35歳) <input type="checkbox"/> 壮年の部(36歳以上)	
氏名							
住所	(〒 -)					電話	() -
メールアドレス						FAX	() -
大会当日 緊急連絡先	(電話番号) () - (続柄) (氏名) ※大会当日、体調不良の場合等に連絡を取れる方を記載してください						
出場資格	<input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)に現住所を有している <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の施設に入所・通所している(施設名:) <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の学校に通学している(学校名:)						
障害者手帳 療育手帳等	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分A】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B1】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B2】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 児童相談所・知的障害者更生相談所長の判定書がある <input type="checkbox"/> 在籍(在学、通所、入所)または卒業(退所)先の所属長による証明書がある						
重複障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他()						
大会参加誓約 ※誓約がない場合は 出場できません	大会への参加にあたり、自己の心身の状況を充分考慮し、大会参加に支障がないと自ら判断したので申し込みます。競技当日の運営に関しては、運営側役員に一任します。競技当日の健康上の問題は自己責任とし、運営側・施設側への責任の言及は行いません。また、事故・怪我等の発生時は運営側・施設側に明確な責任がない限り、その責任の言及は行いません。前述に記されている事態が発生した場合は、双方話し合いのうえ解決することといたします。 <input type="checkbox"/> 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることをここに誓約いたします。						

全国大会出場歴	<input type="checkbox"/> 第1回~第10回 出場大会名() <input type="checkbox"/> 第11回山口 <input type="checkbox"/> 第12回岐阜 <input type="checkbox"/> 第13回東京 <input type="checkbox"/> 第14回長崎 <input type="checkbox"/> 第15回和歌山 <input type="checkbox"/> 第16回岩手 <input type="checkbox"/> 第17回愛媛 <input type="checkbox"/> 第18回福井 <input type="checkbox"/> 第22回栃木 <input type="checkbox"/> 特別 鹿児島 <input type="checkbox"/> 第23回佐賀 <input type="checkbox"/> 第24回滋賀
---------	---

■全国障害者スポーツ大会への出場等意思確認（オープン参加選手は除く）
今大会の競技成績等を参考に、10月23日~26日に青森県で開催される第25回全国障害者スポーツ大会への兵庫県派遣選手の選考を行います。もしあなたが選考された場合、出場する意思はありますか。

意 思 確 認	<input type="checkbox"/> 出場する意思あり <input type="checkbox"/> 出場する意思なし
	「出場する意思あり」で回答した者のみ ① 出場選手に選出された場合に至急連絡のとれる連絡先を記載してください。県障害者スポーツ協会より確認の連絡をします。(電話番号、Fax番号、電子メールアドレス等、お持ちの連絡先は全てご記載ください) 例①: 父 078-xxxx-xxxx、例②: ○○特別支援学校 教諭△△ 079-xxxx-xxxx
	② 全国大会(青森県)に出場する場合、5泊6日の長期旅行の予定です(※飛行機または鉄道での移動予定)。この間に必要な日常の介助や、留意すべき持病等があれば必ず記入してください。
	【食事介助】必要・不要 【トイレ介助】必要・不要 【入浴介助】必要・不要 【服薬介助】必要・不要 (その他) 例: てんかん発作あり、 ○○に障害があるため入所している施設の職員の同行を希望 服薬介助: 服薬の声掛けが必要 等詳細を記載してください。
	※兵庫県選手資格: 第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会実施要綱を必ずご確認ください。 選考基準(一部抜粋): 兵庫県代表選手の自覚を持ち、正々堂々と全力を尽くして競技ができる者、兵庫県選手団として、ふさわしい団体行動が取れる者

■表彰に対する意思確認（オープン参加選手は除く）

兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会や全国障害者スポーツ大会において好成績を収められた場合、県市等の表彰において被表彰者として推薦することがあります。表彰対象となった場合、推薦されることに同意しますか、辞退しますか。同意する場合、お住まいの自治体等から問い合わせがあった場合、氏名、年齢等の情報を提供する場合があります。

意 思 確 認	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 辞退する
---------	---

■他の競技に出場する場合は、重複して出場はできません

チェック	<input type="checkbox"/> 他の競技に申し込みしていない
------	---

■参加希望種目（1種目のみ。希望する□にレ印を記入し、他必要項目を記入。）（リレー参加の場合はリレー含む2種目出場可）

競走競技	【オープン種目】 タイム計測なし <input type="checkbox"/> 50m介助あり男子 <input type="checkbox"/> 50m介助あり女子 <input type="checkbox"/> 50m介助なし男子 <input type="checkbox"/> 50m介助なし女子 ※介助あり:同行する施設職員等が介助しながら走る ※介助なし:同行する施設職員等の介助なしで1人で走る						
	【種目】 <input type="checkbox"/> 50m <input type="checkbox"/> 100m <input type="checkbox"/> 200m <input type="checkbox"/> 400m <input type="checkbox"/> 800m <input type="checkbox"/> 1500m 自己記録(分 秒)※ある場合のみ ※ 競走競技については競技規則の制限時間を確認の上、申し込んでください。(50mは除く) (一部抜粋:1500m 男子8分以内、女子9分以内が厳守可能な者)						
跳躍競技	<input type="checkbox"/> 走高跳 → 希望する最初のバーの高さ(m cm) ※原則最低90cm以上 <input type="checkbox"/> 立幅跳 <input type="checkbox"/> 走幅跳 → 砂場から踏切線までの距離(1m ・ 2m) 自己記録(m cm) ※ある場合のみ						
投てき競技	<input type="checkbox"/> ソフトボール投 <input type="checkbox"/> ジャベリックスロー 自己記録(m cm) ※ある場合のみ						
リレー	<input type="checkbox"/> 参加する	リレーメンバー氏名①		リレーメンバー氏名②		リレーメンバー氏名③	
	<input type="checkbox"/> 参加しない	リレーメンバー氏名④		リレーメンバー氏名⑤			

■特記事項（該当する□にレ印、必要事項を記入。該当のない場合は、「該当なし」にレ印を記入すること）

特記事項	<input type="checkbox"/> 該当なし
	<input type="checkbox"/> 特段の理由により、競技場内に同伴する介助者の入場を希望する
	<input type="checkbox"/> その他、上記介助者入場希望の理由（ ）

■のじぎく大会への来場方法 ※会場までの交通手段をお答えください。

☐ 公共交通機関 ☐ 普通車 ☐ バス(マイクロバス・大型バス) ☐ その他()

■個人情報等の取り扱いについて

(下記①～③を確認の上、同意する場合は□にレ印を記入。同意できない場合は当該大会に出場できません。)

①大会当日は、競技会場に新聞社等の報道機関が来場し、選手の氏名・写真・映像等が報道されることがあります。

競技プログラムや大会ホームページ、大会報告や(公財)兵庫県障害者スポーツ協会機関誌等に障害区分(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が掲載されることに對し、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。また、選手肖像を含む上記情報は、大会終了後広報目的等で、主催者及び主催者が認めたものが使用する場合があります。

②今大会の成績について、お住まいの自治体等から表彰等のために問い合わせがあった場合、氏名、年齢等の情報を提供する場合があります。

③全国障害者スポーツ大会に選出された場合も上記①②と同様に取り扱うこととなります。

☐ 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることを、ここに同意いたします。

第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会

【フライングディスク:知的】参加申込書

				選手団名			
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	昭和 平成 年 月 日 満 歳 令和 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 少年の部(19歳以下) <input type="checkbox"/> 青年の部(20~35歳) <input type="checkbox"/> 壮年の部(36歳以上)		
氏名							
住所	(〒 -)				電話	() -	
メールアドレス					FAX	() -	
大会当日 緊急連絡先	(電話番号) () - (続柄) (氏名) ※大会当日、体調不良の場合等に連絡を取れる方を記載してください						
出場資格	<input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)に現住所を有している <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の施設に入所・通所している(施設名:) <input type="checkbox"/> 兵庫県内(神戸市を除く)の学校に通学している(学校名:)						
障害者手帳 療育手帳等	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分A】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B1】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳)が交付されている【等級区分B2】 【 (県・市) 第 号】 <input type="checkbox"/> 児童相談所・知的障害者更生相談所長の判定書がある <input type="checkbox"/> 在籍(在学、通所、入所)または卒業(退所)先の所属長による証明書がある						
重複障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他()						
大会参加誓約 ※誓約がない場合は 出場できません	大会への参加にあたり、自己の心身の状況を充分考慮し、大会参加に支障がないと自ら判断したので申し込みます。競技当日の運営に関しては、運営側役員に一任します。競技当日の健康上の問題は自己責任とし、運営側・施設側への責任の言及は行いません。また、事故・怪我等の発生時は運営側・施設側に明確な責任がない限り、その責任の言及は行いません。前述に記されている事態が発生した場合は、双方話し合いのうえ解決することといたします。 <input type="checkbox"/> 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることをここに誓約いたします。						

全国大会出場歴	<input type="checkbox"/> 第1回~第10回 出場大会名() <input type="checkbox"/> 第11回山口 <input type="checkbox"/> 第12回岐阜 <input type="checkbox"/> 第13回東京 <input type="checkbox"/> 第14回長崎 <input type="checkbox"/> 第15回和歌山 <input type="checkbox"/> 第16回岩手 <input type="checkbox"/> 第17回愛媛 <input type="checkbox"/> 第18回福井 <input type="checkbox"/> 第22回栃木 <input type="checkbox"/> 特別 鹿児島 <input type="checkbox"/> 第23回佐賀 <input type="checkbox"/> 第24回滋賀
---------	---

■全国障害者スポーツ大会への出場等意思確認 (オープン参加選手は除く)

今大会の競技成績等を参考に、10月23日~26日に青森県で開催される第25回全国障害者スポーツ大会への兵庫県派遣選手の選考を行います。もしあなたが選考された場合、出場する意思はありますか。

意 思 確 認	<input type="checkbox"/> 出場する意思あり <input type="checkbox"/> 出場する意思なし
	「出場する意思あり」で回答した者のみ ① 出場選手に選出された場合に至急連絡のとれる連絡先を記載してください。県障害者スポーツ協会より確認の連絡をします。(電話番号、Fax番号、電子メールアドレス等、お持ちの連絡先は全てご記載ください) 例①: 父 078-xxxx-xxxx、例②: ○○特別支援学校 教諭△△ 079-xxxx-xxxx
	② 全国大会(青森県)に出場する場合、5泊6日の長期旅行の予定です(※飛行機または鉄道での移動予定)。この間に必要な日常の介助や、留意すべき持病等があれば必ず記入してください。
	【食事介助】必要・不要 【トイレ介助】必要・不要 【入浴介助】必要・不要 【服薬介助】必要・不要 (その他) 例: てんかん発作あり、 ○○に障害があるため入所している施設の職員の同行を希望 服薬介助: 服薬の声掛けが必要 等詳細を記載してください。
	※兵庫県選手資格: 第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会実施要綱を必ずご確認ください。 選考基準(一部抜粋): 兵庫県代表選手の自覚を持ち、正々堂々と全力を尽くして競技ができる者、兵庫県選手団として、ふさわしい団体行動が取れる者

■表彰に対する意思確認（オープン参加選手は除く）

兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会や全国障害者スポーツ大会において好成績を収められた場合、県市等の表彰において被表彰者として推薦することがあります。表彰対象となった場合、推薦されることに同意しますか、辞退しますか。同意する場合、お住まいの自治体等から問い合わせがあった場合、氏名、年齢等の情報を提供する場合があります。

意 思 確 認	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 辞退する
---------	---

■他の競技に出場する場合は、重複して出場はできません

チェック	<input type="checkbox"/> 他の競技に申し込みしていない
------	---

■参加希望種目（1種目のみ。希望する□にレ印を記入）

アキュラシー	ディスリット5	<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 座位
	ディスリット7	<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 座位
ディスタンス		<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 座位

■特記事項（該当する□にレ印、必要事項を記入。該当のない場合は、「該当なし」にレ印を記入すること）

特記事項	<input type="checkbox"/> 該当なし
	<input type="checkbox"/> 左腕で投げる
	<input type="checkbox"/> 特段の理由により競技場内に同伴する介助者の入場を希望
	<input type="checkbox"/> その他、上記介助者入場希望の理由()

■のじぎく大会への来場方法 ※会場までの交通手段をお答えください。

☐ 公共交通機関 ☐ 普通車 ☐ バス(マイクロバス・大型バス) ☐ その他()

■個人情報等の取り扱いについて

(下記①～③を確認の上、同意する場合は□にレ印を記入。同意できない場合は当該大会に出場できません。)

①大会当日は、競技会場に新聞社等の報道機関が来場し、選手の氏名・写真・映像等が報道されることがあります。

競技プログラムや大会ホームページ、大会報告や(公財)兵庫県障害者スポーツ協会機関誌等に障害区分(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が掲載されることに對し、あらかじめ御承のうえ、お申込みください。また、選手肖像を含む上記情報は、大会終了後広報目的等で、主催者及び主催者が認めたものが使用する場合があります。

②今大会の成績について、お住まいの自治体等から表彰等のために問い合わせがあった場合、氏名、年齢等の情報を提供する場合があります。

③全国障害者スポーツ大会に選出された場合も上記①②と同様に取り扱うこととなります。

☐ 以上の事項を承諾のうえ、参加申込みをすることを、ここに同意いたします。