

## 第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会

### 【一般卓球:精神】参加申込書(個人票)

		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 令和	年 月 日 満 歳 (令和8年4月1日現在)
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: )				
精神障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳の交付を受けている【 (県・市)第 号:第 種 級】 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)受給者証を取得している【受給者証番号: 】 <input type="checkbox"/> 通院証明書または入院証明書を所持している(※オープン参加)				
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"/> 知的 <input type="checkbox"/> 内部 <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
	<b>「出場する意思あり」で回答した者のみ</b> <b>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)</b> 例①:父 078-xxx-xxxx、例②:〇〇特別支援学校 教諭△△ 079-xxx-xxxx
	<b>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。</b> <b>【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</b> (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

#### ■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
------	---

■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等( )
------	---

■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。

<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 普通車 <input type="checkbox"/> 福祉車両 <input type="checkbox"/> マイクロバス <input type="checkbox"/> 大型バス <input type="checkbox"/> 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対し、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:精神】参加申込書(個人票)

		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 令和	年 月 日 満 歳 (令和8年4月1日現在)
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: )				
精神障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳の交付を受けている【 (県・市)第 号:第 種 級】 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)受給者証を取得している【受給者証番号: 】 <input type="checkbox"/> 通院証明書または入院証明書を所持している				
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"/> 知的 <input type="checkbox"/> 内部 <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。				

## ■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	ディスリート5	<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 座位
	ディスリート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等( )
------	--

## ■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。

<input type="checkbox"/> 公共交通機関	<input type="checkbox"/> 普通車	<input type="checkbox"/> 福祉車両	<input type="checkbox"/> マイクロバス	<input type="checkbox"/> 大型バス
<input type="checkbox"/> 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対し、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と同様に取り扱いとなります。

 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。