

第20回兵庫県障害者のじぎくスポーツ大会

【一般卓球：身体】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 令和 年 月 日 満 歳 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 1部(39歳以下) <input type="checkbox"/> 2部(40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:)				
身体障害者手帳	(県・市)第 号:第 種 級 障害名(手帳記載通りの全文を記載)-----			視覚障 害者のみ 記入	視力 左: 右: ※視野は記載不要
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"/> 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（※なしを選択した場合、全国大会への選考の対象外となります）
	「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、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（飛行機もしく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。 食事介助：バイキング形式の場合は介助必要。 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 等

■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
------	---

■障害区分(該当する□にレ印を記入)

肢体不自由1 (切断、機能障害)	<input type="checkbox"/> 1 片上肢障害 <input type="checkbox"/> 2 両上肢障害 <input type="checkbox"/> 3 片下腿切断、片下肢不完全 <input type="checkbox"/> 4 片大腿切断、両下腿切断、片下肢完全、両下肢不完全 <input type="checkbox"/> 5 片下腿・片大腿切断、両大腿切断、両下肢完全 <input type="checkbox"/> 6 体幹 ※ 完全は全ての関節に機能障害がある者、不完全は一または二関節に機能障害がある者。 体幹は脊椎カリエス等による障害が該当。四肢機能障害を伴う場合は該当しない。
肢体不自由2 (脳原性麻痺以外の車いす使用)	<input type="checkbox"/> 7 第8頸髄まで残存 <input type="checkbox"/> 8 座位バランスなし <input type="checkbox"/> 9 その他
肢体不自由3 (脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)	<input type="checkbox"/> 10 車いす使用 <input type="checkbox"/> 11 杖・松葉杖使用 <input type="checkbox"/> 12 上肢に不随意運動あり <input type="checkbox"/> 13 上肢に不随意運動なし <input type="checkbox"/> 14 片側障害
視覚	<input type="checkbox"/> 16 アイマスク無し ※ 視力・視野の程度に関わらずアイマスクの有無で種目を分ける
聴覚	<input type="checkbox"/> 17 聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害
内部	<input type="checkbox"/> 20 内部障害(オープン参加)

■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）

<p>特記事項</p>	<p> <input type="checkbox"/>該当なし <input type="checkbox"/>試合中のボールパーソンを希望 <input type="checkbox"/>聴覚に障害のある方で手話通訳を希望 <input type="checkbox"/>聴覚に障害のある方で要約筆記を希望 <input type="checkbox"/>視覚に障害のある方で点字プログラムを希望 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>補助犬を同伴 <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() </p>
-------------	---

■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 ☐ 福祉車両 ☐ 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される場合があります。

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

【ボッチャ】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 令和	年 月 日 満 歳 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 1部(39歳以下) <input type="checkbox"/> 2部(40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:)						
身体障害者手帳	(県・市)第 号:第 種 級 障害名(手帳記載通りの全文を記載)				視覚障 害者のみ 記入	視力 左: 右: ※視野は記載不要	
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"/> 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
行いますが、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（※なしを選択した場合、全国大会への選考の対象外となります）
	「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、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②：〇〇特別支援学校 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（飛行機もしく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。 食事介助：バイキング形式の場合は介助必要。 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 等

■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
------	---

■障害区分(該当する□にレ印を記入)

肢体不自由1 (切断、機能障害)	<input type="checkbox"/> 1 多肢切断・両下肢完全 両上肢不完全および両下肢不完全で立位(競技スタイル立位)
肢体不自由2 (脳原性麻痺以外 で車いす使用)	<input type="checkbox"/> 2 第6頸髄まで残存 <input type="checkbox"/> 3 第7頸髄まで残存 <input type="checkbox"/> 4 第8頸髄まで残存 <input type="checkbox"/> 5 多肢切断
肢体不自由3 (脳性麻痺、 脳血管疾患、 脳外傷等)	<input type="checkbox"/> 6 四肢麻痺で車いす常用、または使用 <input type="checkbox"/> 7 けって移動 <input type="checkbox"/> 8 片上下肢で車いす常用または、使用 <input type="checkbox"/> 9 その他走不能(競技スタイル立位)
肢体不自由4	<input type="checkbox"/> 10 電動車いす常用

■参加種目（該当する□にレ印を記入）

種目	<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 座位
----	-----------------------------	-----------------------------

■競技スタイル(該当する□にレ印)

特記事項	<input type="checkbox"/> 杖や補装具を使用し、立位で競技する <input type="checkbox"/> 杖や補装具を使用しないで、立位で競技する <input type="checkbox"/> 車いすを使用し、座位で競技する <input type="checkbox"/> 椅子を使用し、座位で競技する <input type="checkbox"/> 電動車いすを使用し、座位で競技する
------	--

■障害区分確認事項（該当する□にレ印、必要事項を記入。）

障害区分確認事項	<input type="checkbox"/> 【障害区分1、5】切断（部位： ）
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1、5】多肢切断で義足等を使用し、立位で競技ができる
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1、5】多肢切断で義足等を使用し、立位で競技ができない
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1～4】両下肢完全麻痺で長下肢装具を使用し、立位で競技ができる
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1～4】両下肢完全麻痺で長下肢装具を使用し、立位で競技ができない
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1～4】頸髄損傷：麻痺の程度は完全である
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1～4】頸髄損傷：麻痺の程度は不完全である
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1～4】頸髄損傷：肘関節伸展と手関節掌屈ができる
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1～4】頸髄損傷：肘関節伸展と手関節掌屈ができない
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1～4】頸髄損傷：把持能力がある
	<input type="checkbox"/> 【障害区分1～4】頸髄損傷：把持能力がない
	<input type="checkbox"/> 【障害区分6～10 ※10は脳原性の場合】脳原性麻痺で、上肢に不随意運動や協調性低下がある
	<input type="checkbox"/> 【障害区分6～10 ※10は脳原性の場合】脳原性麻痺で、上肢に不随意運動や協調性低下がない
	<input type="checkbox"/> 【障害区分6～10 ※10は脳原性の場合】脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限がある
	<input type="checkbox"/> 【障害区分6～10 ※10は脳原性の場合】脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限がない
	<input type="checkbox"/> 【障害区分6～10 ※10は脳原性の場合】脳原性麻痺で、走ることが可能
	<input type="checkbox"/> 【障害区分6～10 ※10は脳原性の場合】脳原性麻痺で、走ることが不可能
	<input type="checkbox"/> 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 常用の補装具名() 常用でないが併用する補装具名() </div> <input type="checkbox"/> 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖など) がない

■競技中に使用する補装具など（該当する□にレ印、必要事項を記入。）

競技中に使用する 補装具など	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 競技中に補助杖を使用する → 該当するものに○印 1. 杖 2. 松葉杖(1本) 3. 松葉杖(2本) 4. クラッチ(1本) 5. クラッチ(2本)
	<input type="checkbox"/> 競技中に車いす等を使用する(座位) → 該当するものに○印 1. 両手駆動 2. 片手駆動 3. 足駆動(前向) 4. 電動 5. 片手下肢駆動 6. 椅子
	<input type="checkbox"/> その他()

■特記事項（該当する□にレ印、必要事項を記入、必要事項を記入。）

特記事項	<input type="checkbox"/> 1. 特になし
	<input type="checkbox"/> 2. 立位で、移動や待機時に「車いす」を使用する
	<input type="checkbox"/> 3. 立位で、待機時に「椅子」を使用する
	<input type="checkbox"/> 4. 障害区分2～8および10で、移動や方向転換が機能的に困難であるため、スポーツアシスタントを同伴する (障がいの重い選手の移動支援や方向転換、ボール渡し等のサポートを行う者)
	<input type="checkbox"/> 5. 障害区分2～8および10で、投球動作が困難であるため、ランプを使用し、ランプオペレーターを同伴する (ランプを使用する選手に対し、ランプを操作しサポートする者)
	<input type="checkbox"/> 6. 投球補助具として、グローブを使用する
	<input type="checkbox"/> 7. 投球補助具として、ポインター【棒】を使用する
	<input type="checkbox"/> 8. 聴覚に障害のある方で手話通訳を希望
	<input type="checkbox"/> 9. 聴覚に障害のある方で要約筆記を希望
	<input type="checkbox"/> その他()

※会場には選手とスポーツアシスタント及びランプオペレーター以外原則入場不可。
 ※立位選手…スポーツアシスタントが1名つけられる
 ※座位選手…スポーツアシスタントが1名つけられる
 ランプ使用者はランプオペレーターを1名つけられる
 (ランプオペレーターがスポーツアシスタントを兼ねることも可)
 ※座位選手において、スポーツアシスタントとランプオペレーターをそれぞれ1名ずつつける場合、競技エリア内へは、ラ
 ンプオペレーターのみしか入ることができない。
 (スポーツアシスタントは、競技エリア外、待機エリアでのサポートのみとする。)

■ランプ使用について（該当する□にレ印）

ランプ	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 借用希望
-----	---

■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

【水泳：身体】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"/> 1部(39歳以下) <input type="checkbox"/> 2部(40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:)						
身体障害者手帳	(県・市)第 号:第 種 級 障害名(手帳記載通りの全文を記載)				視覚障 害者のみ 記入	視力 左: 右: ※視野は記載不要	
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"/> 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（※なしを選択した場合、全国大会への選考の対象外となります）
	「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、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（飛行機もしく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。 食事介助：バイキング形式の場合は介助必要。 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 等

■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）

自由形	<input type="checkbox"/> 25m <input type="checkbox"/> 50m						
平泳ぎ	<input type="checkbox"/> 25m <input type="checkbox"/> 50m ※39歳以下は50mのみ、40歳以上は25mのみ申込可能						
背泳ぎ	<input type="checkbox"/> 25m <input type="checkbox"/> 50m ※39歳以下は50mのみ、40歳以上は25mのみ申込可能						
バタフライ	<input type="checkbox"/> 25m <input type="checkbox"/> 50m ※39歳以下は50mのみ、40歳以上は25mのみ申込可能						
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			
	備考						

※取りまとめ担当者様は、リレー（身体）に参加を希望する選手について、可能な限り団体や自治体単位でチームを結成し、電子申請フォームにてチーム参加者を申請してください。

結成不可の場合は、主催者でチームを編成しますが、希望者が編成人数に満たない等の場合は出場できないことがあります。また、希望者が多い場合は主催者による厳正なる抽選の上、出場者を決定します。（選手団を越えてチームを編成する場合は備考欄にその旨記載ください。）

■障害区分（該当する□にレ印を記入）

肢体不自由1 (切断、機能障害)	<input type="checkbox"/> 1 手部切断 <input type="checkbox"/> 2 片前腕切断、片上肢不完全 <input type="checkbox"/> 3 片上腕切断、片上肢完全 <input type="checkbox"/> 4 両前腕切断、両上肢不完全 <input type="checkbox"/> 5 両上腕切断、両上肢完全、片前腕・片上腕切断 <input type="checkbox"/> 6 片下腿切断、片下肢不完全 <input type="checkbox"/> 7 片大腿切断、片下肢完全 <input type="checkbox"/> 8 両下腿切断、両下肢不完全 <input type="checkbox"/> 9 両大腿切断、両下肢完全、片下腿・片大腿切断 <input type="checkbox"/> 10 片上肢切断・片下肢切断、片上肢不完全・片下肢不完全 <input type="checkbox"/> 11 多肢切断、片上肢完全・片下肢完全、両上肢不完全・両下肢不完全 <input type="checkbox"/> 12 体幹 ※ 完全は全ての関節に機能障害がある者、不完全は一または二関節に機能障害がある者。 体幹は脊椎カリエス等による障害が該当。四肢機能障害を伴う場合は該当しない。
肢体不自由2 (脳原性麻痺以外の車いす使用)	<input type="checkbox"/> 13 第7頸髄まで残存 <input type="checkbox"/> 14 第8頸髄まで残存 <input type="checkbox"/> 15 下肢麻痺で座位バランスなし <input type="checkbox"/> 16 下肢麻痺で座位バランスあり ※ 脊髄損傷や脊髄腫瘍等脊髄疾患、ボ「リ」オ、ギ「ランパ」レ等の疾患により対麻痺や四肢麻痺相当である場合 下肢の切断や欠損等による車いす使用者は「座位バランスあり」とせず、切断の区分を適用すること
肢体不自由3 (脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)	<input type="checkbox"/> 17 四肢麻痺(車椅子常用)、上肢に著しい不随意運動を伴う走不能 <input type="checkbox"/> 18 両下肢麻痺、上肢に軽度の不随意運動を伴う走不能 <input type="checkbox"/> 19 片側障害で片上肢機能全廃 <input type="checkbox"/> 20 その他の片側障害で走不能 <input type="checkbox"/> 21 その他
肢体不自由4(その他)	<input type="checkbox"/> 22 浮具使用
視覚	<input type="checkbox"/> 23 視力0から0.01まで ※光を通さないゴーグルを着用する必要がある。 <input type="checkbox"/> 24 その他の視覚障害 ※ 視力は良い方の視力（指数弁は0.01、手動弁～光覚弁は0とする）で判定する。
聴覚	<input type="checkbox"/> 25 聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害

■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	□該当なし
	□入退水時に大会競技役員(補助員含む)による補助を希望
	□入退水時に許可された者(介助者)による補助を希望
	□【障害区分:11・13・17・19・22】規則上スタート時の補助を認められている者で大会競技役員による補助を希望
	□【障害区分:11・13・17・19・22】規則上スタート時の補助を認められている者で許可された者による補助を希望
	□【障害区分:23~25】ターンやゴールの際合図棒で競技役員による合図を希望
	□【障害区分:23~25】ターンやゴールの際合図棒で許可された者による合図を希望
	□【障害区分:22】浮具を使用する
	□【障害区分:8・9・11・13・14・15・17・18・19・22】スタート方法は規則上必ず水中スタート
	□スタート方法は水中スタートを希望
	□スタート方法はスタート台横を希望
	□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
	□入退水はプールサイドからを希望
	□入退水はスタート台の横からを希望
	□プールサイドでの移動のために、車いすの利用を希望
	□聴覚に障害のある方で手話通訳を希望
□聴覚に障害のある方で要約筆記を希望	
□視覚に障害のある方で点字プログラムを希望	
□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	
□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 ☐ 福祉車両 ☐ 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・車いす使用者】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
住所		(〒 -)	
メール アドレス			
電話	() -		
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"/> 1 兵庫県内(神戸市を除く)に現住所を有している <input type="checkbox"/> 2 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"/> 3 兵庫県内(神戸市を除く)の学校に通学している(学校名: (県・市)第 号:第 種 級		
身体障害者手帳	障害名(手帳記載通りの全文を記載)		競技に 使用する 車いす <input type="checkbox"/> レーサー <input type="checkbox"/> 一般用 ※申込後変更する場合は必ず連絡すること
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"/> 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 (※なしを選択した場合、全国大会への選考の対象外となります)
	「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、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(飛行機もしく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。 食事介助:バイキング形式の場合は介助必要。 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 等	

■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。）

競走競技	<input type="checkbox"/> 50m(電動車いす使用者のみ、オープン競技) <input type="checkbox"/> 50m <input type="checkbox"/> 100m <input type="checkbox"/> 200m <input type="checkbox"/> 800m <input type="checkbox"/> 1500m <input type="checkbox"/> スラローム
投てき競技	<input type="checkbox"/> 砲丸投 <input type="checkbox"/> ソフトボール投 <input type="checkbox"/> ジャベリックスロー <input type="checkbox"/> ビーンバック投 <input type="checkbox"/> 投てき台の借用を希望する

■障害区分(該当する□にレ印を記入)

<p>肢体不自由2 (脳原性麻痺以外で車いす使用)</p>	<p>□10 第6頸髄まで残存 肩関節周囲の筋力はほぼ正常な四肢麻痺者(肘関節の屈曲と手関節の背屈は正常)</p> <p>□11 第7頸髄まで残存 肩関節周囲と肘関節周囲の筋力がほぼ正常な四肢麻痺者(肩関節と肘関節、手関節の背屈と掌屈が正常だが、物が握れない)</p> <p>□12 第8頸髄まで残存 肩関節周囲と肘関節周囲と手関節周囲の筋力はほぼ正常で指の曲げ伸ばしも可能な四肢麻痺者</p> <p>□13 下肢麻痺で座位バランスなし } ※ □14 下肢麻痺で座位バランスあり } ※「座位バランス」の判定は「へそ」の位置の知覚レベルの有無が一つの判断基準となり、背もたれのない座位の状態で両手の支えなく座ることができる場合は「座位バランスあり」と判断する</p> <p>□15 その他の車いす 脳原性麻痺や脊髄麻痺以外の車いす使用者(例:両下肢の切断のため車いすを使用し競技する者)</p>
<p>肢体不自由3 (脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)</p>	<p>□16 四肢麻痺で車いす使用 四肢に著しい可動域制限や協調運動障害がある者で両上肢駆動による車いす使用者</p> <p>□17 けって移動 両上肢の障害が重度のため両下肢または片下肢で車いすを駆動させる者</p> <p>□18 上下肢で車いす使用 日常動作において片側の upper limb と lower limb で車いすを操作する者</p> <p>□19 上肢で車いす使用 上肢による車いす使用者 ※ 軽度な麻痺があっても車いす駆動が可能な場合はこの区分に該当する</p>
<p>肢体不自由4</p>	<p>□23 電動車いす常用 [速度設定] □4.5km/時 □6km/時 ※速度設定:いずれかに□レ印 原則として四肢体幹機能障害等により日常的に電動車いすを使用している者 ※電動車いすは、JIS T9203(日本工業規格)に定められたものとする。</p>

■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()
------	--

■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(その他) ☐ 普通車で来場(リフト付ワゴン) ☐ 普通車で来場(レーサー用車いす使用者)
☐ 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：身体】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 令和	年 月 日 満 歳 (令和8年4月1日現在)	<input type="checkbox"/> 1部(39歳以下) <input type="checkbox"/> 2部(40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：					
身体障害者手帳	(県・市)第 号:第 種 級 障害名(手帳記載通りの全文を記載)				視覚障 害者のみ 記入	視力 左： 右： ※視野は記載不要
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・しゃく機能 <input type="checkbox"/> 知的 <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 (※なしを選択した場合、全国大会への選考の対象外となります)
	「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、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②:〇〇特別支援学校 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(飛行機もしく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。 食事介助:バイキング形式の場合は介助必要。 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 等

■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	<input type="checkbox"/> 50m <input type="checkbox"/> 100m <input type="checkbox"/> 200m <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10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 ）※視覚障害の場合は1mのみ 自己記録（ m cm）※ある場合のみ					
投てき競技	<input type="checkbox"/> 砲丸投 <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 ※聴覚障害のみ	<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		

■障害区分（該当する□にレ印を記入）

肢体不自由1 (切断、機能障害)	<input type="checkbox"/> 1 手部切断、片前腕切断、片上肢不完全、片上腕切断、片上肢完全 <input type="checkbox"/> 2 両前腕切断、片前腕・片上腕切断、両上肢不完全 <input type="checkbox"/> 3 両上腕切断、両上肢完全 <input type="checkbox"/> 4 片下腿切断、片下肢不完全 <input type="checkbox"/> 5 片大腿切断、片下肢完全 <input type="checkbox"/> 6 両下腿切断 <input type="checkbox"/> 7 片下腿・片大腿切断、両下肢不完全 <input type="checkbox"/> 8 両大腿切断、両下肢完全 <input type="checkbox"/> 9 体幹 ※ 完全は全ての関節に機能障害がある者、不完全は一または二関節に機能障害がある者。 体幹は脊椎カリエス等による障害が該当。四肢機能障害を伴う場合は該当しない。
肢体不自由3 (脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)	<input type="checkbox"/> 20 その他走不能 <input type="checkbox"/> 21 上肢に不随意運動を伴う走可能 <input type="checkbox"/> 22 その他走可能
視覚	<input type="checkbox"/> 24 視力0から0.01まで ※アイマスクを装着する必要がある <input type="checkbox"/> 25 その他の視覚障害 ※ 視力は良い方の視力（指数弁は0.01、手動弁～光覚弁は0とする）で判定する。
聴覚	<input type="checkbox"/> 26 聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害
内 部	<input type="checkbox"/> 28 ぼうこう又は直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 29 障害区分28以外（オープン参加）

■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"/> 障害区分24、25の競走競技(50m走以外)で伴走者を同伴 → 必ず伴走者と紐等を持ち、音響との併用は不可 ※伴走者が確保できない場合はご相談ください。 <input type="checkbox"/> 歩行に補助杖を使用する → 該当するものに○印 1. 杖 2. 松葉杖(1本) 3. 松葉杖(2本) 4. クラッチ(1本) 5. クラッチ(2本) 6. その他() <input type="checkbox"/> 視覚に障害のある方で点字プログラムを希望 <input type="checkbox"/> 聴覚に障害のある方で手話通訳を希望 <input type="checkbox"/> 聴覚に障害のある方で要約筆記を希望 <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。

<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> その他()	<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
--	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

■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：身体】参加申込書

選手団名			
フリガナ 氏名	<div><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</div>	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:)		
身体障害者手帳	(県・市)第 号:第 種 級 障害名(手帳記載通りの全文を記載)	視覚障 害者のみ 記入	視力 左: 右: ※視野は記載不要
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"/> 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（※なしを選択した場合、全国大会への選考の対象外となります）
	「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、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（飛行機もしく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。 食事介助：バイキング形式の場合は介助必要。 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 等

■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
------	---

■障害区分（該当する□にレ印を記入。）

障害区分	<input type="checkbox"/> 肢体障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 内部障害
------	---

■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"/> 視覚障害を有しているため、音源を必要とする
	<input type="checkbox"/> 競技中に車いすを使用
	<input type="checkbox"/> 競技中に歩行補助杖を使用する
	<input type="checkbox"/> 競技中、投げる時に椅子を使用
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 聴覚に障害のある方で手話通訳又を希望
	<input type="checkbox"/> 聴覚に障害のある方で要約筆記を希望
	<input type="checkbox"/> 視覚に障害のある方で点字プログラムを希望
<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 ☐ 福祉車両 ☐ 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。