



フライングディスク

① 事業所(学校)名または市町名		個人番号	
フリガナ		④生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
② 氏名		③性別	1 男 2 女 年齢 満 歳 (平成30年4月1日現在)
⑤ 現住所	〒	TEL	
		FAX	
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○。
	裸眼	視力 右	左
	矯正後	視力 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 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
⑧ 障がいの分類	1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 内部 5 知的 6 精神		
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 内部 5 知的 6 精神 7 その他 ()		

⑩ 出場種目	
参加希望種目をアキュラシーおよびディスタンスから1種目ずつ選択し、番号に○印を付け、自己記録をご記入ください。	
【アキュラシー】	
1	ディスリート・ファイブ
2	ディスリート・セブン
自己記録	
(投)	
【ディスタンス】	
11	座位女子(レディース・シティング)
12	座位男子(メンズ・シティング)
13	立位女子(レディース・スタンディング)
14	立位男子(メンズ・スタンディング)
自己記録	
(m cm)	

⑪ 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	左腕で投げる
3	視覚障がいを有しているため、音源が必要
4	競技中に車いすを使用 (アキュラシー・ディスタンス)
5	競技中に歩行補助杖を使用 (アキュラシー・ディスタンス)
6	競技中、投げる時にいすを使用 (アキュラシー・ディスタンス)
7	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
8	聴覚、音声・言語等に障がいのある方で (手話通訳・手書き要約筆記)を希望
9	視覚に障がいのある方で、点字プログラムを希望
10	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 (その理由) _____ _____

⑫ 申し込みにあたって、チェックをお願いします。	
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。	チェック欄
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、競技プログラムや普及啓用のホームページ等に障害区分(重複障がい含む)、年齢区分、氏名、競技中の写真および競技記録等を掲載しますので、予め御了承の上、お申込みください。	<input type="checkbox"/>

保護者氏名	参加者が中高生の場合のみ 印
-------	-----------------------