

第9回熊本県障害者フライングディスク競技大会 参加申込書（個人用）

フリガナ				③生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 満 歳（令和6年3月1日現在）
①氏名		②性別	1 男 2 女	年 齢	保護者氏名 <small>18歳未満の場合のみ</small> 印
④現住所連絡先	〒 - -				TEL - -
					FAX - -
					携帯 - -
⑥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 内部 5 知的 6 精神 (番号に○を付けてください)				
⑥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 内部 5 知的 6 精神 7 その他 () (番号に○を付けてください)				

⑦ 出場種目	
参加希望種目をアキュラシー及びディスタンスから1種目ずつ選択し、番号に○印を付けて下さい。	
※アキュラシーまたはディスタンスのどちらか1種目でも可	
【ディスタンス】	
1	レディース・シティング : 座位女子
2	メンズ・シティング : 座位男子
3	レディース・スタンディング : 立位女子
4	メンズ・スタンディング : 立位男子
【アキュラシー】	
5	ディスリート・ファイブ (5m)
6	ディスリート・セブン (7m)

⑧ 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 視覚障害を有しているため、音源を必要 4 競技中に車いすを使用 5 競技中に歩行補助杖を使用 6 競技中、投げる時に椅子を使用 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 聴覚等に障害のある方で、手話通訳を希望 9 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) _____ _____ _____

【注意事項】

・大会中の怪我については、応急手当はしますが、参加者個人の責任とします。また、大会加入のスポーツ保険の適用範囲とさせていただきます。

・参加申込書に記載された個人情報、大会運営管理のみに利用いたします。また、大会中にマスコミや事務局が撮影した写真の肖像権については、大会側が管理しますので、ご了承ください。

以上のことを承諾し、参加を申し込みます。

交通手段 車 その他 ※該当箇所には○をつけてください。

【申込み先】
 熊本県障害者フライングディスク協会
 (担当：菊本)

〒860-0071 熊本市西区花園5丁目11-22-501

TEL 090-8395-3742 FAX 096-354-0325

メール kiku-kazu@buntoku-h.ed.jp

※必ずご記入下さい。

参加者の問い合わせ先	
事業所(学校)名	
担当者名	
電話番号	

申込み締切 令和6年3月11日(月) 必着