

第29回三重県障がい者スポーツ大会 ボウリング参加申込書(総括表)

市町又は団体名			
参加人数	選手()名	付添者()名	付添者なしの場合は、「0」と記入してください。
責任者連絡先 所属・名前	住所 〒 _____ _____ 所属 _____ 名前 _____ TEL _____ _____ FAX _____		
緊急連絡先	住所 〒 _____ _____ 名前 _____ TEL _____		
交通手段	1. 貸切バス()台 2. 乗用車()台 3. マイクロバス()台 4. 車いす対応乗用車()台 5. 公共交通機関利用()名 6. 送迎バス利用希望 < 近鉄津駅西口 ~ 津グランドボウル > ()名(内、車いす使用者 名)		
希望日時 (希望の時間帯に ○を付けてください。)	21日(土)選考会 ・ 22日(日)午前 ・ 22日(日)午後 ・ご希望の時間に添えない場合がありますことをご了承ください。 ・全国障害者スポーツ大会への選考を希望する選手は必ず「21日(土)選考会」に出場してください。		

送迎バス申込者 ※送迎バス利用希望者は記入してください(付添者や家族等も含みます。)

	名 前	車いす使用の有無		名 前	車いす使用の有無
1		有 無	8		有 無
2		有 無	9		有 無
3		有 無	10		有 無
4		有 無	11		有 無
5		有 無	12		有 無
6		有 無	13		有 無
7		有 無	14		有 無

様式2

第29回三重県障がい者スポーツ大会 ボウリング参加申込書(個人票)

団体名										
フリガナ							参加者が未成年の場合のみ			
名 前				性 別	1 男 2 女	保護者 名前				
生年月日 年齢	昭和・平成	年	月	日生	満 歳	年 区 齢 分	知的	1部(19歳以下) 2部(20～39歳) 3部(40～59歳) 4部(60歳以上)		
		(令和8年4月1日現在)								
現住所	〒					TEL				
						FAX				
身体障害者手帳 (重複の場合記入)	交付手帳	都 道 府 県 市 第 号 第 種 級					障がい名(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									
	視覚に障がいのある方は必ず記入 矯正が出来ないときは、不可に○印					裸眼	視力	左 右	視野	左 右
					矯正後	視力	左 右	視野	左 右	
療育手帳	有 (手帳交付申請中の方を含む) 無 (取得の対象に準ずる方を含む)									
障がいの分類	知的障がい									
重複障がい	0、無 1、肢体 2、視覚 3、聴覚・平衡、音声・言語、咀嚼機能障がい 4、精神 5、内部(膀胱・直腸機能障がい) 6、内部(膀胱・直腸機能障がい以外の内部障がい)									

アベレージ

点

※組み合わせの参考としますので、持っている人は記入してください。
※21日(土)選考会に参加される方は、必ず記入してください。希望日時
(希望の時間帯に○を付けてください。)

21日(土)選考会 ・ 22日(日)午前 ・ 22日(日)午後

特記事項

下記の項目の該当する番号に必ず○印をつけてください。

- 1、特になし
- 2、重複障がい、聴覚・音声・言語に障がいのある
方で (①手話通訳を希望 ②要約筆記を希望)
- 3、競技中に、車いす使用
- 4、競技中には使用しないが、待ち時間や移動
のために車いすを使用

シューズ	1 持っている (持参する)		
	2 持っていない (会場で借用したい)	靴サイズ:	cm

注意事項

- 1、障害者手帳(身体障害者手帳)の記入について、県障がい者スポーツ大会運営及び、全国障害者スポーツ大会の選手選考の目的以外には使用しませんので、ご協力をお願いします。また、記入されていない方につきまして、電話にて確認を行う事があることをご了承ください。
- 2、21日(土)全国障害者スポーツ大会選手選考会に参加希望の方は、組み合わせの際必要になるため、必ずアベレージを記入してください。
- 3、全国障害者スポーツ大会出場選手に選ばれた方には、改めて事務局から連絡をさせていただきます。

様式2

第29回三重県障がい者スポーツ大会 ボウリング参加申込書

未成年の場合は、
保護者名を記載

団体名													
フリガナ						性別		1 男 2 女		保護者 名前		参加者が未成年の場合のみ	
名前						性別		1 男 2 女		保護者 名前		参加者が未成年の場合のみ	
生年月日 年齢		昭和・平成		年		月		日生		歳		知的	
												1部(19歳以下) 2部(20～39歳) 3部(40～59歳) 4部(60歳以上)	
現住所													
		TEL											
		FAX											
身体障害者手帳 (重複の場合記入)		交付手帳		都府市		道県第		号第		種級		障がい名(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											
		視覚に障がいのある方は必ず記入 矯正が出来ないときは、不可に○印		裸眼		視力		左右		視野		左右	
				矯正後		視力		左右		視野		左右	
療育手帳		無 (取得の対象に準ずる方を含む)											
障がいの分類		知的		全国障害者スポーツ大会選手選考会 に参加される方は、必ず記載									
重複障がい		0、無		音声・言語、咀嚼									
		4、精神		5、内部(膀胱・直腸)		6、内部(膀胱・直腸機能障		7、外部(聴覚・視覚)		8、外部(聴覚・視覚)		9、外部(聴覚・視覚)	

重複で身体障害者手帳がある
場合は記載

必ず選択してください

アベレージ	
点	
※組み合わせの参考としますので、持っている人は記入してください。 ※22日(日)選考会に参加される方は、必ず記入してください。	
希望日時 (希望の時間帯に○を付けてください。)	
21日(土)選考会 ・ 22日(日)午前 ・ 22日(日)午後	

特記事項	
下記の項目の該当する番号に必ず○印をつけてください。	
1、特になし	
2、重複障がい、聴覚・音声・言語に障がいのある 方で (①手話通訳を希望 ②要約筆記を希望)	
3、競技中に、車いす使用	
4、競技中には使用しないが、待ち時間や移動 のために車いすを使用	

シューズ		1 持っている (持参する)		靴サイズ: cm	
		2 持っていない (会場で借用したい)			

注意事項

1、障害者手帳(身体障害者手帳)の記入について、県障がい者スポーツ大会の選手選考の目的以外には使用しませんので、ご協力をお願いいたします。電話にて確認を行う事があることをご了承ください。

2、22日(日)午後の全国障害者スポーツ大会選手選考会アベレージを記入してください。

3、全国障害者スポーツ大会出場選手に選ばれた方には、改めて事務局から連絡をさせていただきます。

必ず選択してください
ボウリング参加申込書の記入要領の(10)参照

スポーツ大会の
申し込みにつきまして、電
話にて確認を行なうため、必ず