

鹿児島県障害者自立交流センター ボッチャ大会参加申込書

ふりがな			大正	年	月	日生	年齢	歳
氏名	生年月日	昭和		年	月	日生		
	性別	男・女		血液型	A・B・O・AB			
現住所	〒					TEL		
						FAX		
メールアドレス								
緊急連絡先	〒					TEL		
						氏名 (関係)		
障害について	手帳種	1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳 4. その他 ()						
	障害種別	1. 肢体不自由 2. 視覚 3. 聴覚 4. 内部 5. 知的 6. 精神 7. 難病 8. 発達						
	(級別)		手帳発行 機関		手帳番号			
	障害者 手帳記載 障害名							
	補装具		※ 聴覚障害者で手話通訳 ・要約筆記者の有無		無・有 (手話・要約)			
参加希望 区分等	障害区分			競技スタイル				
				立位		座位 ランプ (要・不要)		
健康面について	1. 心臓疾患の有無				有・無 ()			
	2. てんかん発作の有無				有・無 ()			
	3. 医師の承諾の有無				有・無 ()			
	4. 服薬の有無				有・無 ()			
	5. その他 ()							

(注意点)

1. 年齢は大会当日の年齢を記入してください。
2. 障害区分は別紙障害区分表を参考に記入してください。
3. 補装具を使用されている方は必ず記入してください。また、電動車椅子を使用されている方は「電動車椅子」と記入してください。
4. 聴覚障害者の方で手話通訳・要約筆記者が必要な方はどちらかを記入してください。
5. 通院されている方は、「医師の承諾の有無」の右欄に病院名を記入してください。また服薬等のある方は、起因する病名等を「服薬の有無」の右欄に記入してください。
6. 広報のための写真撮影を行う場合があります。都合の悪い方は事前にご連絡ください。

※この申込書により大会への参加手続きを完了したものとします。

欠席される場合は、必ず下記電話番号・FAXにてご連絡ください。

申し込みはハートピアかごしま1Fの総合受付に直接持参するか、メール、FAX、郵送でも可です。

県障害者自立交流センター TEL(099)218-4333 FAX(099)220-5420

MAIL: y.fuku-7@heartpiakagoshima.jp