

ボウリング

★重要★ ①～⑬の順に、必要箇所を記入してください。
 ★重要★ 手話通訳・要約筆記等の情報保障が必要な方は、⑫特記事項の欄に必ず○印をつけてください。
 ★重要★ 所属団体に申込をする場合は、⑥は所属先にし、様式第4号・6号を提出してください。

①	市町名			※個人で参加の方は現住所があるところの市町を記入して下さい。 ※所属団体に参加する場合は、所属団体があるところの市町を記入して下さい。	
②	フリガナ			性別	1. 男 生 年 日 2. 女 年 齢
	氏名				
	保護者氏名				満 歳 (令和8年4月1日現在)

注意★参加者が未成年(18歳未満)の場合は、保護者による同意が必要となります。保護者氏名欄の署名により、参加申込に同意したこととさせていただきますので、ご了承ください。

③	現住所	〒	TEL/FAX	
			携帯番号	
④	所属施設団体名			
⑤	所属施設団体住所	〒	TEL	
			FAX	

⑥ 資料送付先 申込書に関する連絡先 1. 現住所 2. 所属

⑦	交付手帳	都道府県 市 第 号 第 種 級		障 害 名 等	(手帳記載のとおり全文)
	身体障害者手帳	障害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)			
		視覚に障害のある方は必ず記入してください。			
		視 力	右		
		視 野	右	左	
	療育手帳	有 (手帳を交付申請中の方を含む)		無 (取得の対象に準ずる障害がある方)	
	精神障害者保健福祉手帳	有 (手帳を交付申請中の方を含む)		無 (取得の対象に準ずる障害がある方)	
	重複障害	0なし 1肢体 2視覚 3聴覚・平衡、音声・そしゃく機能障害 4内部 5知的 6精神 7その他 ()			

⑧ 競技区分

主たる障害の該当する番号に1つだけ○印をつけてください。

肢体1	1	上肢障害
	2	下肢障害
	3	上下肢障害
	4	体幹
肢体2	5	車いす使用者
肢体3	6	脳原性麻痺者
視覚	7	視覚障害
聴覚	8	聴覚・平衡機能害、音声・言語機能害、そしゃく機能障害
内部	9	内部障害
知的	10	知的障害
精神	11	精神障害

⑨ 大会等への出場歴

選手として出場した大会に○印をつけ、出場した種目及び障害区分を記入してください。

1 なし

2 静岡県障害者スポーツ大会
(競技) (障害区分)

3 全国障害者スポーツ大会
(競技) (障害区分)

⑩ 自己記録

アベレージをご記入ください。不明の方は空欄で構いません。

	点
--	---

⑪ シューズ・ボールについて

シューズ

1 持参する

2 借用を希望する(希望者はサイズを記入してください)
【 cm】

ボール

1 持参する

2 借用を希望する(希望者は重さを記入してください)
【重さ ポンド】

⑫ 特記事項(重要)

該当する方は必ず該当番号に○印をつけてください。

1 視覚障害で、競技中役員による方向指示の援助を希望。
2 聴覚障害で手話通訳者を希望。
(※欠席される場合は早急に申込市町に連絡して下さい)

3 聴覚障害で要約筆記通訳者を希望。
(※欠席される場合は早急に申込市町に連絡して下さい)

4 特段の理由により、投球補助台の借用を希望。
5 特段の理由により、競技場内に介護者を同伴する。
介護者必要理由

⑬ 駐車場必要の有無↓○をつけてください。

(駐車券が 必要 ・ 不要)

※団体で出場する学校・施設・福祉団体等は様式第6号を提出してください。
※駐車可能台数が限られている為、公共交通機関や乗り合わせに御協力ください。
※調整をお願いさせて頂く場合があります。

