

第48回愛知県障害者技能競技大会（愛知県アビリンピック） 参加申込書

申込日 令和 年 月 日

1	参加同意 <small>※該当の場合はレ点を記入</small>	<input type="checkbox"/> 裏面の「第48回愛知県障害者技能競技大会参加に係る同意事項」にすべて同意し、参加を申し込みます。			
2	参加競技種目	種目			
3	ふりがな				
	氏名				
	生年月日				昭・平 年 月 日生
4	現住所 <small>※番地、マンション名まで記入</small>	〒 - 市 郡	電話番号		
			メールアドレス		
5	個人参加の場合はレ点記入 <input type="checkbox"/> 個人参加（勤務先又は所属機関（事業所）名を公表しない場合の個人参加を含む。）				
	勤務先名又は所属機関（事業所）名 <small>※個人参加の場合は記入不要</small>	電話番号			
	所在地 <small>※個人参加の場合は記入不要 ※番地、マンション名まで記入</small>	〒 - 市 郡	メールアドレス		
		担当者			
6	手帳等の取得状況等 (手帳等の写しは提出不要) <small>※該当項目にレ点を記入 ※障害が重複する場合はすべてに記入</small>	<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定医や産業医による診断書・意見書		
		<障害種別> <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害			
		<input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他の障害()			
		<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（療育手帳、愛の手帳等） <input type="checkbox"/> 児童相談所、知的障害者更正相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定又は障害者職業センターにより知的障害があると判定されたことを証明できる書類等		
		<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳がない方のうち、統合失調症、そううつ病又はてんかんの診断を主治医、産業医等から受けている場合は、そのことを証明できる書類		
7	補助具の使用状況 <small>※該当項目にレ点を記入</small>	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 松葉杖(両・片) <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他 <small>※該当するものに○</small>			
8	介助希望の有無、その他配慮してほしいこと等 <small>※該当項目にレ点を記入</small>	<input type="checkbox"/> 希望する・ <input type="checkbox"/> 希望しない ※希望する介助の内容、その他配慮してほしいこと等 ()			
9	通訳の必要の有無 <small>※該当項目にレ点を記入</small>	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 ※左記で「要」とした場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記			
10	来場方法 <small>※該当項目にレ点を記入</small>	<input type="checkbox"/> 電車&バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()			
11	介助者 <small>※介助者がいる場合のみ記入 (引率者・付添者は記入不要)</small>	ふりがな			
		氏名			
		日中連絡がつく電話番号			
12	過去5大会の 全国 障害者技能競技大会への参加状況	※該当項目にレ点を記入			
		<input type="checkbox"/> 参加有 <input type="checkbox"/> 参加無	第41回(R3)大会 参加種目:	種目	金賞受賞 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		※参加種目・金賞受賞有無を記入	第42回(R4)大会 参加種目:	種目	金賞受賞 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			第43回(R5)大会 参加種目:	種目	金賞受賞 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			第44回(R6)大会 参加種目:	種目	金賞受賞 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
第45回(R7)大会 参加種目:	種目		金賞受賞 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
13	当日の緊急連絡先	参加者本人との関係			
		ふりがな			
		氏名			
		日中連絡がつく電話番号			
14	親権者又は代理人 <small>※本人が未成年又は申込書の記名が困難な方のみ記入</small>	ふりがな			
		氏名			

【留意事項】

・6は、障害者の雇用の促進等に関する法律（以下「法」という）の第2条第2号及び第3号に規定する身体障害者である場合は「身体障害」に、法第2条第4号及び第5号に規定する知的障害者である場合は「知的障害」に、法第2条第6号に規定する精神障害者である場合は「精神障害」にレ点を付けてください。また、障害の種別・等級等について記入するとともに、当該種別・等級等を確認した書類（手帳、診断書及び証明書等）にレ点を付けてください。（障害が重複する場合は、該当する障害欄すべてに記入すること）

・定員を超える申し込みがあった競技については、事務局により人数調整を行います。

第48回愛知県障害者技能競技大会参加に係る同意事項

各項目を確認し、同意の場合は、口に✓(チェック)をしてください。

1. 愛知県アビリンピックへ参加可能な体調であることを予め確認(必要に応じて医師への確認を含む。)のうえ、参加すること。
2. 自己の責任において自身の体調・安全管理を行う(必要な服薬等の持参を含む。)こと。
3. 技能競技及びそれに付随する愛知県アビリンピックの行事参加中にケガを負った場合又は疾病等に罹った場合は、速やかに主催者に知らせるとともに、主催者が応急の処置を行うこと。
4. 県内在住者又は県内事業所に勤務する者もしくは県内の学校に通学する者でない場合は、在住・在勤・在学する各都道府県の機構支部に、愛知県アビリンピックへの参加が可能か、予め確認した上で参加申込を行うこと。
5. 愛知県を除く機構都道府県支部が開催する地方障害者技能競技大会(第46回全国障害者技能競技大会へ推薦を予定する種目)へ参加していないこと又は参加申込を行わないこと。
6. 主催者が、参加申込書記載事項のうち、「氏名」及び「勤務先又は所属機関(事業所)名」等をアビリンピックに関する各種印刷等に掲載すること。
また、その他の申込書記載事項をアビリンピックに係る各種統計資料に活用すること。
7. 主催者及び主催者が認めた者が、愛知県アビリンピックの開催期間中に写真等を撮影すること及び当該写真等をアビリンピックに関する各種広報物(ホームページ等への掲載を含む。)に使用すること。
8. 愛知県アビリンピックの会場に持ち込む所有物(私物)に関しては、自己の責任において管理し、主催者に過失がない場合の事故・過失による損壊・紛失等においては、主催者を免責すること。
9. 愛知県アビリンピックの開催期間中において、主催者及び主催者が認めた者から示された方針及び決定事項に従うこと。

【主催者事務局】

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構

愛知支部 高齢・障害者業務課

住 所：〒460-0003

名古屋市中区錦1-10-1 MIテラス名古屋伏見4階

T E L：052-218-3385