

アーチェリー

①	市町村名	〇〇市	ゼッケン番号	※ゼッケン番号は記入しないでください。	
	フリガナ	カナガワ タロウ	③	性別	① 男 ・ ② 女
②	氏名	神奈川 太郎	④	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 15 年 4 月 6 日
				年齢	満 19 歳 (令和6(2024)年4月1日 現在)
⑤	現住所	〒 231 - 8588 神奈川県横浜市中区日本大通 1 (施設名等:)	TEL	045-285-0798	
			FAX	045-662-5557	
			Mail	〇〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.or.jp	
⑥	身体障害者手帳	交付手帳 神奈川県 都 道 第 〇〇 号 1 級 市 (区)	障害名(手帳記載のとおり)の全文 変形性関節症による下肢機能障害 (股関節機能全廃)		
		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) 変形性関節症 (股関節)	視覚に障害のある者のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。 視力 裸眼 右 左 矯正後 右 左 不可		
⑦	療育手帳	有 更新状況(手帳の記載をもとに記入) 更新時期 () 年 () 月 ・ 更新不要 無	※療育手帳がない場合は、別添で関係書類を提出すること		
⑧	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 知的 5 内部 6 精神			
⑨	重複障害	① なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 知的 5 内部 6 精神 7 その他 ()			

⑩ 障害区分

主たる障害の該当する番号1つのみに○印を付けてください。

肢体不自由	脳原性麻痺以外で車いす常用	1	第8頸髄まで残存
		2	その他の車いす
	切断・機能障害	3	上肢障害
		④	下肢障害 (椅子、車いす使用を含む)
		5	体幹
	脳原性麻痺	6	脳原性麻痺 (椅子、車いす使用を含む)
聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害	7	聴覚障害	
内部障害	8	ぼうこう又は直腸機能障害	

⑫ 出場種目

参加希望する種目を1種目選び、番号に○印を付け、その種目の自己記録を下欄にご記入ください。

自己記録	600 点	行射の向き	① 右 ・ 左
1	リカーブ50m・30mラウンド		
②	リカーブ30mダブルラウンド		
3	コンパウンド50m・30mラウンド		
4	コンパウンド30mダブルラウンド		

⑬ 得点記録及び矢の回収

得点記録及び矢の回収の委託先について、希望する番号1つに○印を付けてください。

① チームの監督 ・ ② 競技者の代行者 (エージェント) ・ ③ 競技運営団体
--

⑭ 特記事項

下記の該当する番号や項目等に○印を付け、必要事項をご記入ください。

- 特になし
- 障害区分1で、アシスタントの入場が必要 (介助内容:)
- 障害区分1以外で、特段の理由により競技場内に同伴するアシスタントの入場を希望 (行射時間外の介助 (弓具の移動や車いす移動介助等) のみを行う場合を除く) (その理由)
- 障害区分1及び3のリカーブボウ使用者で、手に補助具 (リリースエイド等の発射装置) 使用を希望
- 競技中に 車いす を使用
- ⑥ 競技中に 椅子 を使用
- 聴覚、音声・言語等に障害のある者で (手話通訳 ・ 手書き要約筆記) を希望

⑮ 参加申込書類が提出された時点で、下記の掲載について同意があったものとして取扱います。

本大会は、競技プログラムや大会ホームページ等に障害区分(重複障害含む)、年齢区分、氏名、選手団名、競技中の写真および競技記録等の掲載を行う場合がありますので、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。

⑯ 全国障害者スポーツ大会への参加の可否	可	不可	※選手選考委員会にて決定をします。
----------------------	---	----	-------------------

⑰ 競技会当日の来場方法	自家用車	公共交通機関	その他 ()
--------------	------	--------	---------