

「SAGA2024全国障害者スポーツ大会」派遣選手選考会 参加申込書
卓球（サウンドテーブルテニスを含む）

受付番号(市町使用欄)

① 所属名											
フリガナ					③性別	1 男 2 女	④保護者氏名	参加者が中高生の場合のみ			
氏名											
⑤ 生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日						(年齢)	満	歳(令和6年4月1日現在)		
⑥ 現住所	〒			連絡先 (学校・勤務先等)				TEL			
								FAX			
⑦ 身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 号 種 級 市(区)				障害名(手帳記載のとおり全文)					
	障害の原因となっている傷病名(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のみ記入 矯正できないときは「不可」に○				裸眼	視力	右	左	視野	右	左
矯正後				視力	右	左	視野	右	左		
⑧ 療育手帳	有	更新状況(手帳の記載をもとに記入)				無	※知的障害の者は内容確認が必要なため、別添で関係書類を提出すること				
		更新時期()年()月・更新不要									
⑨ 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 6 精神										
⑩ 重複障害	0 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()										

⑪ 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。					
上肢	1	片上肢障害	脳原性麻痺	10	車いす使用
	2	両上肢障害		11	杖または、松葉杖使用
下肢	3	片下腿切断または片下肢不完全		12	上肢に不随意運動あり
	4	片大腿切断または両下腿切断 片下肢完全または両下肢不完全	13	上肢に不随意運動なし	
	5	片下腿および片大腿切断 両大腿切断または両下肢完全	14	片側障害	
体幹	6	体幹	視覚障害	15	アイマスクまたはアイシェード有
				16	アイマスクまたはアイシェード無
で車いす使用 脳原性麻痺以外	7	第8頸髄まで残存	機能障害 聴覚、平衡、音声・言語機能障害、そしゃく	17	聴覚障害
	8	座位バランスなし			
	9	その他の車いす			
			精神障害	19	精神障害

⑫ 障害区分確認事項	
障害区分1～14の方は、該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください。	
ア 切断(部位)	()
イ 脊髄損傷	麻痺の程度 (四肢麻痺・対麻痺) (完全・不完全) 座位バランス (あり・なし)
ウ 脊髄損傷・脳原性麻痺以外の車いす使用(二分脊椎、骨・関節機能障害、切断などの方で座位バランスが(ある・ない))	
エ 障害区分3～5(切断は除く)で、片足または両足で補装具なしで立つことが(可能・不可能)	
オ 脳原性麻痺で、上肢に中等度以上の不随意運動や協調性低下が(ある・ない)	
カ 脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限が(ある・ない)	
キ 脳原性麻痺で、走ることが(可能・不可能)	
ク 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖など)が(あり・なし)	
【ありの場合必ず記入してください】	
●常用の補装具名	[]
●常用でないが併用する補装具名	[]

⑬ 出場種目	
障害区分15の方は「2 サウンドテーブルテニス」、 その他の方は「1 一般卓球」に○印を付けてください。	
1	一般卓球
2	サウンドテーブルテニス

⑭ 競技中に使用する補装具等 (有・無)	
該当区分1～14の方は、必ず記入してください。	
「有」の方は該当するものを○で囲んでください。	
歩行杖等	1 杖 2 松葉杖1本 3 松葉杖2本 4 クラッチ1本 5 クラッチ2本
車いす等	6 両手駆動 7 片手駆動
義肢・装具等	8 ()

⑮ 特記事項	
次の項目の該当する番号に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
1	特になし
2	聴覚、音声・言語等に障害のある方で手話通訳を希望
3	聴覚、音声・言語等に障害のある方で要約筆記を希望
4	特段の理由により競技場内に同伴する介助者の入場を希望
.....	

<p>⑩参加申込書類が提出された時点で、下記について同意があったものとして取扱います。</p> <p>○大会当日は、競技会場にテレビ局、新聞社等の報道機関が来場し、選手の氏名・写真・映像が報道されることがあります。</p> <p>○競技プログラムやホームページ、その他資料等で障害区分（重複障害含む。）、年齢区分、氏名、所属名、競技中の写真および競技記録等を掲載します。</p>

【SAGA2024全国障害者スポーツ大会」派遣選手選考会について】

<p>※ 派遣選手として選考された場合、全国大会に出場していただくことになりますが、①～④全てについて、了解される方のみ参加申込を受け付けます。<u>内容を十分に理解した上で、申込をされますか？（以下の□にチェックしてください。）</u></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </p>	
① 派遣期間	令和6年10月24日（木）～ 10月29日（火）（予定）
② 派遣場所	佐賀県
③ 派遣費用 （自己負担）	派遣期間中の昼食代、山口県選手団のユニフォーム代金の一部、競技に必要な服装・用品（公式競技用ユニフォーム等）の自己負担が必要となります。
④ 強化練習	山口県障害者スポーツ協会が開催する強化練習に、原則として全て参加していただくこととなります。

【健康状態】

健康状態	<p>※ 以下の内容について、二つとも了解される方のみ参加申込を受け付けます。<u>内容を十分に理解した上で、チェックしてください。</u></p>
	<p>(1) あなたは、第23回全国障害者スポーツ大会派遣選手選考会の参加申込に当たり、事前の健康管理を十分に行い、自己の責任において大会参加申込をされますか？</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </p>
	<p>(2) 大会当日に、慢性疾患等で競技に参加することが病状の悪化を招く恐れがある時は、出場を辞退しますか？</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </p>

【市町 確認欄】

※ 選手の方は、記入しないでください。

<p>※ 各市町の担当者の方は、参加申込書を受理した時に、以下の項目について確認をお願いします。</p>		
<p>(1) 大会参加に当たり、選手に「健康状態」記入欄の趣旨を十分に説明し、選手本人も理解しています。</p>		
<p>(2) 手帳等により、障害区分及び出場種目のチェックを行いました。</p>		
<input type="checkbox"/> チェック欄	市町名：	氏名：