

「SAGA2024全国障害者スポーツ大会」派遣選手選考会 参加申込書
水泳

① 所属名												
フリガナ					③性別	1 男 2 女	④保護者名	参加者が中高生の場合のみ				
②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) 更新時期()年()月・更新不要				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					
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											
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	手部切断	脳原性麻痺	17	四肢麻痺(車いす常用) 上肢に著しい不随意運動を伴う走不能			
	2	片前腕切断または片上肢不完全		18	両下肢麻痺 上肢に軽度の不随意運動を伴う走不能			
	3	片上腕切断または片上肢完全						
	4	両前腕切断または両上肢不完全						
	5	両上腕切断または両上肢完全 片前腕および片上腕切断				19	片側障害で片上肢機能全廃 その他片側障害で走不能	
下肢	6	片下腿切断または片下肢不完全	20					
	7	片大腿切断または片下肢完全	21	その他走可能				
	8	両下腿切断または両下肢不完全	22	浮具使用				
	9	両大腿切断または両下肢完全 片下腿および片大腿切断						
上下肢	10	片上肢切断および片下肢切断 片上肢不完全および片下肢不完全	視覚障害	23	視力0から0.01まで			
	11	多肢切断または 片上肢完全および片下肢完全 両上肢不完全および両下肢不完全		24	その他の視覚障害			
体幹	12	体幹	機能障害 言語そしゃく 聴覚・平衡機能 聴覚・音声・言語そしゃく	25	聴覚障害			
す以外で車いす使用	13	第7頸髄まで残存				知的障害	26	知的障害
	14	第8頸髄まで残存						
	15	下肢麻痺で座位バランスなし						
	16	下肢麻痺で座位バランスあり						

⑫ 障害区分確認事項	
障害区分1～22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 受傷部位(第7頸髄以上・第8頸髄・胸髄・腰髄以下) 麻痺の程度(完全・不完全)(四肢麻痺・両下肢麻痺) 座位バランス(あり・なし)	
頸髄の場合 ①肘関節伸展と手関節屈伸が(できる・できない) ②把持能力が(ある・ない)	
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)の者で座位バランスが(ある・ない)	
エ 障害区分6～11(切断は除く)、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、上肢に中等度異常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 脳原性麻痺の片側障害でストロークは(両上肢・片上肢)で行う	
ケ 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖など)が(ある・ない)	
【ある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			
<参考2>を確認の上、希望する種目・自己記録を下欄にご記入ください。			
希望順	種目名	自己記録	
第1希望			
第2希望			
第3希望			
リレー希望	有 ・ 無		
自由形	25m	平泳ぎ	25m
	50m		50m
背泳ぎ	25m	バタフライ	25m
	50m		50m

⑭ 特記事項	
下記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 入退水時に競技役員(補助員を含む)による補助を希望	
3 競技上スタート時の補助を認められている者で、 競技役員(補助員を含む)による補助を希望	
4 水中スタートを希望 ※障害区分 8,9,11,13,14,15,17,18,19,22の方は、 必ず水中スタートとなります。	
5 障害区分 23 又は 24 であり、ターンやゴールの際合図棒 での競技役員(補助員を含む)による合図を希望	
6 障害区分 22の方は使用する浮具の種類()	
7 プールサイドでの移動のために、貸出用車いすの 利用を希望	
8 聴覚、音声・言語等に障害のある方で、手話通訳を希望	
9 聴覚、音声・言語等に障害のある方で、要約筆記を希望	
10 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 (その理由)	

<p>⑮参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：