

アビリンピックやまぐち2020（山口県障害者技能競技大会）参加申込書

①	ふりがな			② 性別	③ 生年月日		④ 年齢
	氏名			男・女	昭和 ・ 平成	年 月 日	歳
⑤	現住所	〒 -			TEL		
					FAX		
					E-mail		
⑥	勤務先又は所属機関名						
⑦	⑥の所在地	〒 -			TEL		
					FAX		
					E-mail		
⑧	障害の種類	肢体不自由 ・ 視覚障害 ・ 音声／言語障害 ・ 聴覚障害 内部障害 ・ 知的障害 ・ 精神障害					
⑨	障害の程度	身体障害		知的障害		精神障害	
		・身体障害者手帳 ・診断書 級	・療育手帳：A・B ・判定書：重度 ：重度以外	・精神障害者保健福祉手帳 ・診断書 級			
⑩	補装具の使用状況	車椅子 ・ 両松葉杖 ・ 片松葉杖 ・ その他（ ）					
⑪	介助の要否	要 ・ 否	介助者氏名：				
⑫	参加競技種目						
⑬	機器等の搬送	搬入日時	前日（ 時頃）		・ 当日（ 時頃）		
		搬出日時	当日（ 時頃）				
⑭	備考						

注1：参加申込書は郵送にて下記住所宛ご送付下さい。

注2：介助が必要な方は⑪欄に介助者氏名をご記入ください。

注3：主催者への要望・連絡等（手話通訳者、要約筆記者の配置等）は⑭欄にご記入ください。

注4：ご提供いただいた個人情報については、個人情報に関する法令等を遵守し、利用・管理を適正に行います。山口県(全国)障害者技能競技大会以外での個人情報の利用はいたしません。

（お問合せ先 / 申込先）

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

山口支部 高齢・障害者業務課 担当：品川

住所：〒753-0861 山口市矢原1284-1

TEL 083-995-2050・FAX 083-995-2051

（裏面有）

アビリンピックやまぐち2020（山口県障害者技能競技大会）参加に係る同意書

私は、アビリンピックやまぐち2020（山口県障害者技能競技大会）（以下「アビリンピックやまぐち2020」という。）に技能競技選手として参加するにあたり、下記事項すべてに同意し、署名いたします。

記

1. アビリンピックやまぐち2020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、同大会へ参加すること。
2. 自己責任において自身の体調・安全管理を行う（必要な服用薬・服装等の持参を含む。）こと。
3. 技能競技及びそれに付随する大会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において、主催者が速やかに応急の処置を行うこと。
4. アビリンピックやまぐち2020開催時の事故等（開会式会場内、表彰式会場内、及び技能競技会場内における事故等）については、主催者が付保する傷害保険の範囲内で補償すること。
5. 主催者が大会参加申込書記載の項目のうち、「氏名」及び「勤務先又は所属機関名」をアビリンピックやまぐち2020に関する各種印刷物に掲載すること。
6. 主催者及び主催者が認めた者がアビリンピックやまぐち2020開催中に私の写真等を撮影すること並びに当該写真等をアビリンピックやまぐち2020に関する各種広報物等（ホームページ等への掲載を含む。）に使用すること。
7. 大会会場に持ち込む所有物（私物）に関しては、責任を持って自己管理し、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。
8. アビリンピックやまぐち2020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。

令和2年 月 日

本人署名又は記名押印： _____ 印

※親権者又は代理人

署名又は記名押印： _____ 印

※本人が未成年の場合又は署名（記名押印を含む。）することが困難な場合に署名してください。