

第30回 福岡都市圏障がい者ボウリング大会参加申込書

①	フリガナ 氏名		② 性別 男・女	③生年月日	大・昭・平 年 月 日 令和7年2月15日現在 満()歳	
④	現住所・電話	〒 —		TEL — — FAX — — MAIL		
⑤	身障手帳 療育手帳 保健福祉手帳	県・市 第 号	級	県・市 第 号 A・B		
⑥	障がい名	手帳のとおり記載してください。(※療育手帳・保健福祉手帳は記入不要)				
⑦	障がい 区分番号		⑨ ボウリング 経験	無・有(年)		
⑧	出場 クラス		⑩ 所属	※所属チーム・サークルがあれば記入		
⑪	障がいの現症 (わかる範囲 で記入して ください。)	脊損	頸 完全 胸 髄節以下 麻痺 腰 不完全			
		脳性麻痺	麻痺	・ 痙直型 ・ アトーゼ型 ・ その他	痙直型	強・中・弱・無
			麻痺部位	・ 右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足 ・ 体幹		
		脳血管 障がい等	麻痺	・ 弛緩性麻痺 ・ 痙性麻痺		
			麻痺部位	・ 半身麻痺(右・左) ・ 全身麻痺 ・ その他		
		脳血管障がいでも半身麻痺の方にお尋ねします		走れる ・ 走れない		
		その他(障がいの現症についてご自由に記入してください。)				
⑫	補装具の 使用状況	1. 杖 2. 松葉杖(1本) 3. 松葉杖(2本) 4. カナディアンクラッチ(1本) 5. カナディアンクラッチ(2本) 6. 車いす 7. 電動車いす 8. その他 ()	⑬ 投球の 動作等	1. 歩行補助杖等を使用し投球する。 2. 椅子に掛けて投球する。 3. 車いすで投球する。 4. 床に座って投球する。 5. 視力障がいのため、手すりを使用して投球する。 手すりは(右投げ・左投げ)※該当に○印 6. シューターで投球する。 シューターは(持参・借用希望)※該当に○印 7. その他()		
⑭	競技中の 介助に ついて	無・有 (○で囲む)	介助内容を記入 ()		・介助者を帯同する場合、氏名を記入 () ・介助者を大会事務局に願う。 ※必要な場合は○で囲む	
⑮	ボウリングシューズを(持参する・借用する)					
⑯	視覚障がいのある方で、点訳通知を(希望する・希望しない)					
⑰	聴覚、音声・言語等に障がいのある方で、(手話通訳・要約筆記)を希望。					
⑱	連絡先	TEL — — FAX — —	午前9時から午後5時までに連絡が可能な番号を記入			