

第32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9年2月27日現在 満 () 歳
④ 現住所・電話	〒 — — — — —			T E L — — — — — F A X — — — — — M A I L — — — — —	
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				
	県・市 第 号 級				
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。)	育 損	頸 完 全 第 胸 髄節以下 麻痺 腰 不完全			
	脳性麻痺	麻 痺 ・ 痙 直 型 ・ アテトーゼ型 ・ そ の 他 麻痺部位 ・ 右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足 ・ 体幹	痙直型	強 ・ 中 ・ 弱 ・ 無	
	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. カデアンクラッチ (1本) 5. カデアンクラッチ (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お願いします。※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	T E L — — — — — F A X — — — — —			午前9時から午後5時までに連絡が可能な番号を記入	