

様式 I

受付番号

記入不要

第2回 茨城県障害者・高齢者フライングディスク アキュラシー団体競技大会

参加申請書

団体名 _____

(学校・施設・地域のクラブなどの場合に記入)

チーム名 _____

(必ず記入)

保護者等の承諾事項

1. 参加者が競技会において、対人傷害・対物傷害・自損等が発生した場合、主催者と協力して解決にあたります。
2. 参加者の健康・疾病・情緒の状態を勘案して、当方の責任にて判断し参加いたします。
3. 参加者の競技会状況がマスコミ等に用いられる場合には、了承し協力いたします。

以上の事項を承諾して、ここに参加申請いたします。

平成____年____月____日

【代表者】

住所 〒 _____

氏名 _____

☎

電話番号 _____

() _____

必要に応じてコピーしてください。

裏面

様式 II

第2回 茨城県障害者・高齢者フライングディスク アキュラシー団体競技大会参加申込書

受付番号

団体名

チーム名

申込代表者

記入不要

(学校・施設・地域のクラブなどの場合に記入)

住所

電話番号

氏名	ふりがな	性別	生年月日		年齢	フライングディスク		区分	コー チ	車 椅子												
			年	月		日	フリー(3m)				フリー(3m)											
記 茨城 太郎	いばらき たろう	男	71	4	1	5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
入 水戸 梅子	みと うめこ	女	28	11	10	5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
例 勝田 桃子	かつた ももこ	女	48	6	12	5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	○
1		男				5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2		男				5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3		男				5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
4		男				5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5		男				5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
6		男				5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
7		男				5m	6m	7m	3m	2m	1m	0.5m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
競技には参加しない感獲 コーチや家族等(予定)											名											

- 1 知的障害
- 2 肢体不自由
- 3 視覚障害
- 4 聴覚障害
- 5 内部障害
- 6 精神障害
- 7 視・聴覚障害
- 8 65歳以上の高齢者
- 9 障害なし

弁当注文票

・ 650円 (飲み物付)

・ 選手以外の注文も受け付けます。

不要 ・ 必要 個
(必ずどちらかに○をつけてください。)

代金は当日受付時に納入してください。

- ① チームは5名以上で構成し、1チーム7名まで登録できます。障害者・高齢者のゴールまでの距離は5m(ディスプレイ5)とします。特例として本年度の茨城県障害者フライングディスク競技大会アキュラシー競技において、ディスプレイフリーに出場した選手は、その距離を適用することができます。年齢12歳以上65歳未満の障害のない者も男女別条件の下で1チーム2名まで競技に参加できます。(男子は7m, 女子は6m) 登録は最大4名まで可能です。
 - ② 「性別」「生年月日」は、該当するところに○をつけてください。
 - ③ 「年齢」は平成29年4月1日現在で記入してください。
 - ④ 「区分」は右欄の「1～9」を参照して、該当するところに○をつけてください。
 - ⑤ 車椅子使用者は、「車椅子」欄に○をつけてください。
 - ⑥ 視覚障害者で、コーチが競技場内のスローイングエリアまで同行を希望する場合は「コーチ」欄に○をつけてください。
 - ⑦ 手話通訳は参加者自身にて手配をお願いします。
- 普通車 台 中型バス 台 大型バス 台 様式Ⅰ
- この情報は今大会以外に使用いたしません。