


個人競技参加申込書

アーチェリー

注1 障がい区分番号の欄は下記の障がい区分の一覧から該当する番号を選び記入して下さい。

所属名 (施設・学校・市町村等)		障がい 区分番号		注1	
フリガナ					
氏 名		性別		1 男	
				2 女	
生 年 月 日 年 齢 令和8年4月1日現在		昭和・平成 年 月 日 (満 才)			
現 住 所 (施設・学校・自宅等) ※プログラムを郵送する住所		〒			
		T E L ー ー F A X ー ー			
身体障害者手帳	交付手帳	都道府県 第 第 種 級			
	障害名等	(視覚障がい者の方は記入してください) 視 力 右 左		視 野 右 左	
		身体障害者手帳記載通り全文を記入してください。			
	車椅子区分	車いすを使用の方は、いずれかの番号に○印を付けて下さい。		1. 電動 2. 手動	
	聴覚障がい	聴覚・音声・言語等に障がいのある方はいずれかの番号に○印を付けて下さい。		手話通訳を 1. 希望する 2. 希望しない	
全国大会出場の意志		大会の成績等を参考に、10月に青森県で開催される全国障害者スポーツ大会の福島県代表を選考します。			
(「有」か「無」に○をつけてください。)		出場する意志が 有 ・ 無 ※全国大会への派遣は10/22～10/27の予定です。 内部障がいは、ぼうこう又は直腸機能障がいのみ。			

		番号	障がい区分	参 加 種 目		
				身体	番号	種目
肢体不自由	脳原性麻痺以外で車椅子使用	1	第8頸髄まで残存	☆	17	リカーブ50m・30mラウンド
		2	その他	☆	18	リカーブ30mダブルラウンド
	切断・機能障がい	3	上肢障がい	☆	19	コンパウンド50m・30mラウンド
		4	下肢障がい (椅子・車椅子使用を含む)	☆	20	コンパウンド30mダブルラウンド
		5	体幹			
	脳原性麻痺	6	脳原性麻痺			
聴覚・平衡機能障がい、音声・言語・そしゃく機能障がい		7	聴覚障がい	参加者は参加希望種目を1種類選び、番号に○印を付けて下さい。  (☆印は参加できる種目です)		
内部障がい		8	内部障がい			