

# 第13回 健康福祉プラザ フライングディスク大会 申込書

|                            |  |            |                                      |              |
|----------------------------|--|------------|--------------------------------------|--------------|
| ふりがな                       |  |            |                                      | 性 別          |
| 氏 名                        |  |            |                                      | 男・女          |
| 障 害<br>○でお困りください           | 知的 / 精神 / 視覚<br>聴覚 → ( 手話通訳希望 ・ 要約筆記希望 ・ どちらも不要 )<br>肢体不自由 → ( 車いす使用 ・ 杖使用 ・ クラッチ使用 )<br>その他 ( ) |            |                                      | 年 齢<br>歳     |
| 介 護 者                      | 有 ・ 無<br>※「有」に○を付けられた方のみ、介護者と一緒に競技エリア内に入ることが可能です。  |            |                                      |              |
| 住 所                        | 〒 -  |            |                                      |              |
| 連 絡 先                      | 【TEL】  |            | 【FAX】                                |              |
| 参加競技<br>○でお困りください          | ディスタンス競技   | 右投げ<br>左投げ | 座位で投げる<br>椅子が必要な方は( )に○を付けてください。→( ) | 立位で投げる ・ 不参加 |
|                            | アキュラシー競技   | 右投げ<br>左投げ | 5m<br>※5mでの競技が難しい方はスマーチャーにご相談ください。   | 7m ・ 不参加     |
| 会場までの<br>交通手段<br>○でお困りください | 車 ・ バス ・ 自転車 ・ 他 ( )<br>お車でお越しの方は、障害者手帳等をお持ちいただくと駐車料金が終日無料です。                                    |            |                                      |              |

以下の記入欄につきましては、競技に参加せず付き添いのみの場合は記入の必要はありません。  
競技に参加される介護者またはご家族のみご記入ください。(ディスタンス、アキュラシーどちらかひとつ参加も可能です。)

|                   |          |           |                                      |              |     |
|-------------------|----------|-----------|--------------------------------------|--------------|-----|
| ふりがな              |          |           |                                      | 性 別          | 年 齢 |
| 介護者またはご家族<br>の氏名  |          |           |                                      | 男・女          | 歳   |
| 参加競技<br>○でお困りください | ディスタンス競技 | 右投げ ・ 左投げ | 座位で投げる<br>椅子が必要な方は( )に○を付けてください。→( ) | 立位で投げる ・ 不参加 |     |
|                   | アキュラシー競技 | 右投げ ・ 左投げ | 5m<br>※5mでの競技が難しい方はスマーチャーにご相談ください。   | 7m ・ 不参加     |     |

令和 年 月 日 申込みます。

※ご記入いただきました個人情報、並びに主催者が撮影した写真・映像は個人情報保護条例を遵守し、当センターの情報誌、ホームページ掲載のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

堺市立健康福祉プラザスポーツセンター

TEL: 072-275-5029 FAX: 072-243-4545

FAXでお申込みの方は受信確認のお電話をお願いします。