

# 第19回アビリンピック福井大会 参加申込書

申込期限  
6月14日(月) 必着

◆申込書内に必要事項を記入してください。また、該当する□内にし点を入れてください。

アビリンピック福井大会会長 殿 申込年月日 令和3年 月 日

①	ふりがな 参加選手名	生年月日(※年齢は令和3年4月1日現在で記入) 昭和 年 月 日( 歳) 平成	
②	現住所	〒 TEL ( ) - FAX ( ) -	
③	所属機関 (勤務先・学校等)	名称 住所〒	連絡 担当者 氏名 所属部課
		TEL ( ) - FAX ( ) -	
④	参加希望 競技種目	<input type="checkbox"/> ワード・プロセッサ <input type="checkbox"/> 表計算 <input type="checkbox"/> 喫茶サービス <input type="checkbox"/> 木工(※知的障害者のみ) <input type="checkbox"/> ビルクリーニング <input type="checkbox"/> オフィスアシスタント <input type="checkbox"/> 有 有りの場合 <input type="checkbox"/> 無 (機種: OS: ソフト: ) <input type="checkbox"/> パソコン 持ち込み	
	⑥	障害種別	<input type="checkbox"/> 身体障害 → <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害
⑦	障害者手帳 等の取得状 況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 指定医又は産業医の診断書 <input type="checkbox"/> 知的障害者判定機関の判定書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 注) 注) 統合失調症、そううつ病(そう病及びうつ病を含む。)又はてんかんにかかっている方で、精神障害者保健福祉手帳は交付されていないが、指定医又は産業医の診断書がある方は「医師の診断書」にし点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 上記手帳、診断書又は判定書等を所持していない方	
	⑧	補装具の 使用有無	<input type="checkbox"/> 有 ( 車椅子 ・ 松葉杖 ・ その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 無
⑨	手話通訳等 の要・不要	<input type="checkbox"/> 要 ( <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 不要	
⑩	大会当日の 付添者・介 助者の有無	<input type="checkbox"/> 有	氏名(本人との続柄) 連絡先 ( ) TEL
		<input type="checkbox"/> 無	会場での 介助の要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 要の場合、希望する介助の内容 ( )
			⑪ 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 選手現住所 <input type="checkbox"/> 所属機関連絡担当者 <input type="checkbox"/> 付添・介助者 <input type="checkbox"/> その他: 氏名 ( ) TEL ( )

# 第19回 福井県障害者技能競技大会 アビリンピック 福井大会2021

7.11 参加選手募集  
令和3年 7月11日 10:00~12:15 ※無観客開催とさせていただきます

本大会では、すでに企業で活躍している方、就職を目指している方など、障害のある方が日ごろから研鑽した様々な分野の職業技能を競い合います。また成績優秀な方は全国大会へ挑戦できます。



アビリンピックのシンボルマーク(左)は、故岡本太郎氏が制作したもので、月桂樹の葉と人間をかたどり、障害を克服して、力強く切り開いていく人間像を表現しています。

2021年12月17日~20日  
第41回  
全国アビリンピック  
(東京ビッグサイト)

アビリンピック福井大会は  
全国アビリンピックの予選を兼ねます。

当大会においては新型コロナウイルス感染症拡大防止対策を講じ、安心、安全な競技会場での大会運営に努めます。よって、開会式と閉会式及び併催イベントは実施しません。また無観客(参加選手、介助者、付添者、大会関係者のみ)での開催となります。参加者の皆様はマスク着用、手指の消毒等にご協力願います。また、特に大会前2週間は他都道府県との不要不急の往來を控えていただくようお願いいたします。

## \*\*\*\*\* 第19回アビリンピック福井大会参加に係る同意事項 \*\*\*\*\*

参加にあたっては次の①~④のすべてに同意したうえでお申し込みください。

- 主催者が参加申込書記載項目のうち、「氏名」及び「所属機関名」を第19回福井大会に関する各種印刷物等に掲載すること、並びに参加申込書記載のその他の項目を個人名を明記することなく第19回福井大会に係る各種業務統計資料に活用すること。
- 主催者及び主催者が認めた者が第19回福井大会中に私の写真等を撮影すること、並びに当該写真等を福井大会に関する各種印刷物等(ホームページ等への掲載を含む)に使用すること。  
(※写真の使用には、個人の顔が過度に大きく表現されることのないように配慮します。)
- 入賞した場合、福井県及び当機構ホームページ及び記者発表で氏名が公表されることへの同意  
(※当大会の趣旨にご賛同いただき、極力同意してさせていただきますようお願いいたします。)  
 可 ・  否
- 報道機関等による取材(新聞等の写真掲載を含む)に係る同意  
 可 ・  否