

第17回岡山県障害者スポーツ大会個人競技  
フライングディスク競技（精神）オープン参加申込書

※（注）申込者多数の場合、抽選により参加できない場合がありますのでご了承ください。

フリガナ 氏 名		性別	1 男 2 女	保護者 氏 名	参加者が18歳未満の場合のみ 印	
生年月日 年 月 日 満 歳	大正・昭和・平成 年 月 日 満 歳（平成29年4月1日現在）					
現住所	〒	TEL	- -			
		FAX	- -			
精神障害者 保健福祉手帳等	下記で当てはまる場合には「有」に、当てはまらない場合は「無」を○で囲んでください。 (大会に参加するためにはいずれかの条件を満たしている必要があります)					
	精神障害者保健福祉手帳を所持している。		自立支援医療（精神通院）受給者証を所持している。			
	有（手帳交付申請中の方を含む） ・ 無		有 ・ 無 (自立支援医療支給認定申請中の方も含む)			

同伴者（同伴者が必要な場合のみ下記の欄にご記入下さい。）			
氏 名		続 柄 (家族・所属施設名 等)	
		連絡先（TEL）	- -

出 場 種 目			
出場希望種目の番号を、○で囲み、自己記録をご記入下さい。			
【アキュラシー】または【ディスタンス】の一方のみに出場する場合は、出場しない方の種目の枠に×を記入して下さい。			
【アキュラシー】			
1	ディスリート・ファイブ	自己記録	（ 投 / 10投）
【ディスタンス】			
13	レディース・スタンディング：立位女子	自己記録	（ m cm）
14	メンズ・スタンディング：立位男子		

特 記 事 項	
下記の項目の該当する番号に必ず○印を付けてください。	
1	特になし
2	左腕で投げる
3	合併症がある（特に競技をプレーする際に配慮が必要な場合には下にお書き下さい。）
[ ]	