

平成30年度全国障害者スポーツ大会 団体競技栃木県代表選手 関東ブロック予選会に係る選考会申込み用紙

希望する競技 に○をつける	バスケットボール ・ サッカー ・ フットベースボール				
フリガナ					
氏名					
性別		生年月日	昭和・平成	年	月 日 年齢 歳
現住所	〒				
連絡先	(電話番号) — —		(FAX) — —		
学校名					
療育手帳	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2				
緊急連絡先	(電話番号) — — □上記連絡先と同じ		(氏名)		(続柄)
備考					

※参加申込みに当たっての留意事項

(1) 参加資格

- ・平成30年4月1日現在、13歳以上の知的障害者。
- ・知的障害者は、厚生事務次官通知（昭和48年9月27日厚生省発児第156号）による療育手帳の交付を受けた者。あるいは、その取得の対象に準じる障害のある者。
- ・栃木県内に現住所を有する者。

(2) その他

- ・栃木県代表選手に選ばれた場合、顔や名前が新聞等に掲載の可能性があります。あらかじめご了承ください。万一都合により、顔や名前を新聞等に掲載して欲しくない方がおりましたら選考会当日、スタッフまでお申し出ください。