

22. その他

- ① 競技中の事故・怪我については、応急措置以外は主催者及び主管者で責任を負わない。(スポーツ傷害保険への加入、大会当日の健康保険証の持参など、各自で対策を講じること)
- ② 荒天他不測の事態が生じた場合の取扱いは、主催者において別途定める。
- ③ ご提出いただいた個人情報書類は、大会プログラム等、第24回全国障害者スポーツ大会に係る業務のみに使用し、その他の目的に使用することはない。また、インターネットや報道等に個人名を公表してほしくない者は、チーム監督および体育部長を通して九州地区予選大会事務局に申し出ること。

23. 問い合わせ先

〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-373-1 沖縄県総合福祉センター 西棟 3階
一般社団法人 沖縄県聴覚障害者協会
全国障害者スポーツ大会聴覚障害者バレーボール競技 九州地区予選大会事務局
TEL : 098-886-8355 FAX : 098-882-5911
E-mail : oki.deaf5911@gmail.com (担当 : 坂口・牧志)

----- きりとりせん -----

第24回全国障害者スポーツ大会聴覚障害者バレーボール競技九州地区予選大会

参加申込書 (個人用)

| | | | | |
|---------|---------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 区別 | 連絡方法 |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 選手 | FAX |
| | | <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 役員 | 携帯 |
| 生年月日 | | 年齢 | 歳 | |
| 身体障害者手帳 | 手帳番号 | 第 号 | 総合等級 | 級 |
| | 障害名 | | | |
| 住所 | | | | |
| 弁当 | 5月17日(土) 800円 | | <input type="checkbox"/> 要 | <input type="checkbox"/> 不要 |

* 申込書に身体障害者手帳 (顔・名前・障害名・住所) のコピーを添付して下さい。