

埼玉県パラスポーツ大会「令和8年度彩の国ふれあいピック春季大会」【団体総括表】

団体名	〇〇特別支援学校	市町村・学校・施設名
団体コード	*事務局記入	

団体名を一部省略してプログラムに掲載させていただく場合がありますので、ご了承ください。

連絡先

ふりがな	さいたま たろう	連絡先情報に変更が生じた際は ご連絡ください。
連絡責任者氏名	埼玉 太郎	
連絡責任者の所属名	高等部	
住 所	〒 〇〇〇-△△△△ 熊谷市□□□	
電 話	048-△△△-〇〇〇△	
FAX	048-△△△-〇△〇△	
E-mail	〇×-〇×@●●.jp	

申込者数

申込者数が申込書提出枚数と一致しているか

	競技種	申込者数	内ジュニア	内 第2希望以降の枚数
1	陸上競技	4 名	2 名	1 名
2	水泳	1 名	0 名	0 名
3	アーチェリー	0 名	/ 名	0 名
4	一般卓球	2 名	/ 名	/ 名
	サウンドテーブルテニス	0 名	/ 名	/ 名
5	フライングディスク	0 名	/ 名	/ 名
6	ボウリング	1 名	0 名	1 名
7	ボッチャ	2 名	1 名	0 名
	小計	10 名	3 名	2 名

事務局使用

収受	確認	入力	

埼玉県パラスポーツ大会「令和8年度彩の国ふれあいピック春季大会」【団体総括表】

団体名	
団体コード	*事務局記入

団体名を一部省略してプログラムに掲載させていただく場合がありますので、ご了承ください。

連絡先

ふりがな	
連絡責任者氏名	
連絡責任者の所属名	
住 所	〒
電 話	
FAX	
E-mail	

申込者数

	競技種	申込者数	内ジュニア	内 第2希望以降の枚数
1	陸上競技	名	名	名
2	水泳	名	名	名
3	アーチェリー	名	名	名
4	一般卓球	名	名	名
	サウンドテーブルテニス	名	名	名
5	フライングディスク	名	名	名
6	ボウリング	名	名	名
7	ボッチャ	名	名	名
	小計	名	名	名

事務局使用

収受	確認	入力	

所属団体	※市町村・学校・施設名をご記入ください 課		
担当者	氏名	TEL FAX E-mail	
選手氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日生	令和8年4月1日現在 歳	
身体障害者 手帳	等級 第 種 級	障害の原因となっている傷病名等	
	障害名(手帳記載のとおり、全文を記入してください。)		
障害区分 確認事項 該当する箇所に○印を付け、 該当事項をご記入ください	ア 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖など)が〔 ある ・ なし 〕 常用の補装具名〔 常用ではないが併用する補装具名〔		
	イ 切断・欠損・機能障害〔 部位		
	ウ 下肢障害(切断除く)で、障害のある片足、または両足で補装具なしで立つことが〔 可能 ・ 不可能 〕		
	エ 脊髄損傷 受傷部位〔 頸髄 ・ 胸髄 ・ 腰髄以下 〕 麻痺の程度〔 完全 ・ 不完全 〕 座位バランス〔 あり ・ なし 〕		
	頸髄損傷の場合 肘関節伸展と手関節掌屈が〔 できる ・ できない 〕 把持能力が〔 あり ・ なし 〕		
	オ 脊髄損傷・脳原性麻痺以外の車いす使用(二分脊椎、骨・関節機能障害、切断など)の方で、 座位バランスが〔 ある ・ ない 〕		
	カ 脳原性麻痺 脳原性麻痺の車いす使用者で、車いすを駆動するときに、 ハンドリムを〔 肘を伸ばして押す ・ 肘を伸ばさずはじく 〕		
	キ 脳原性麻痺立位者で、走ることが〔 可能 ・ 不可能 〕		
	ク 【水泳】 脳原性麻痺片側障害で、ストロークは〔 両上肢 ・ 片上肢 〕で行う		
	参加 希望競技		希望種目
障害 区分番号		競技で使用する 補装具の使用状況	
質問事項			

回 答

令和8年 月 日