

## 第29回全国車いすマラソン大会参加申込書

私は、第29回全国車いすマラソン大会に下記のとおり申し込みます。なお、参加するにあたり、自己の健康に十分留意するとともに、大会期間中の事故については一切貴大会に迷惑をかけることを誓います。

ふりがな 氏名	印		都道府県又は 指定都市名	
生年月日	S. H 年 月 日生	満 歳	性別	男・女
現住所	〒 (TEL - - ) (携帯電話 - - ) (FAX* - - ) (E-mailアドレス* ) ※日中に連絡する必要があるため、FAX又はE-mailアドレスを記入願います。			
勤務先名及び 勤務先住所	〒 (TEL - - ) (FAX - - )			
保護者 (本人が未成年の場合)	氏名	印	住所	〒 (TEL - - )
参加希望種目	1. マラソン (42.195km)		2. ハーフマラソン (21.0975 km) ※様式第3号の提出が必要です。	
過去のマラソン 大会参加記録	記 録	(1 フル 2 ハーフ) 時間 分 秒	大会名 (年月)	( 年 月開催)
最近の記録 (2014年6月以降)	記 録	(1 フル 2 ハーフ) 時間 分 秒	大会名 (年月)	( 年 月開催)
レースに使用する 車いすの種類	1 レーサー 2 その他			

※ 年齢は大会当日（平成29年9月24日現在）の満年齢を記入のこと。

※ 【参加資格】身体障害者手帳を所持する車いす使用者で、主催者が定める要件に該当する者。また、平成29年9月24日現在、満13歳以上の者。ただし、16歳未満の者は、ハーフマラソンのみの出場申込とする。

【裏面「様式第2号」もご記入ください】

## 第29回全国車いすマラソン大会来県等調査表

ふりがな 氏名		都道府県又は 指定都市名	
------------	--	-----------------	--

### 1 来県・離県

	日	時	交通手段				場 所					
			J R	飛 行 機	自 家 用 車	そ 他	伊 丹 空 港	篠 山 口 駅	セ ン タ ー	篠 山 市 民	宿 舎	
来県	月	日	時	分								
離県	月	日	時	分								

※ 交通手段、場所の欄については、該当するものに○をご記入下さい。

#### (1) 飛行機の場合

区 分	航空会社	便 名	到着（離陸）時間			
来 県			月	日	時	分
離 県			月	日	時	分

#### (2) その他の場合

区 分	交通手段について具体的に書いて下さい
来 県	
離 県	

### 2 コース下見

希望する	希望しない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3 宿舎のあっせん

希望する	希望しない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

部屋のタイプの希望  
(1) 禁煙 (2) 喫煙

### 4 大会当日の弁当

希望する	希望しない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5 付添人

氏 名	性 別	年 齢	車いす 使用の 有 無	本 人 の 関 係	付添人の宿舎あっせん				選手と同室を		大会当日の弁当	
					希望する	(部屋の希望)		希望 しない	希望 する	希望 しない	希望 する	希望 しない
						禁煙	喫煙					

- (注) 1 宿泊の斡旋について、主催者の確保する部屋数を上回る応募があった場合は、遠方から公共交通機関で参加される選手を優先して斡旋します。
- 2 斡旋宿泊（9月23日（土）素泊まりプラン）については、宿泊者1名につき、選手2,000円、付き添い人6,300円（ただし小学生以下は4,000円）をご負担いただきます。
- 3 宿舎の指定及び部屋の割り振りはすべて主催者が行います。宿舎・部屋割りについての個々の希望は一切お受けできませんので、あらかじめご了承ください。  
宿舎の事情により、選手と付添人が別室になる場合があります。
- 4 主催者の斡旋する宿泊は素泊まりプランですので、食事は各自でお取りください。
- 5 宿泊斡旋を受けた方で、9月16日（土）以降に宿泊をキャンセルされる場合は、宿泊所の規程によるキャンセル料金が発生する場合があります。
- 6 原則として現地集合、現地解散とします。ただし、JR・飛行機により参加される方について、送迎バスを1便設けております（別途連絡いたします）。
- 7 大会当日（24日）の選手の昼食（弁当）は主催者で用意します。付添人が弁当を希望される場合は、弁当代の実費を負担いただきます。

## 第29回全国車いすマラソン大会参加申込書

【裏面「記入要領」に基づきご記入ください】

**A欄 (必ず記入のこと)**

ふりがな氏名				都道府県 または 指定都市名	
生年月日		S.H	年 月 日	生 満 歳	性 別
傷病原因				受 傷 発 病	年 月 日
傷病名				年 月 日	
現 傷	脊 損	頸 完全 胸髄節以下 麻痺 腰 不完全*		痙 直 性	強・中・弱・無
	ポリオ*	脊 柱 の 変 形	有 ・ 無		
	切 断	切 断 部 位	両大腿 ・ 片大腿 ・ 両下腿 ・ 片下腿		
	脳 原 性	麻 痺 部 位	痙直型 ・ アテトーゼ型 ・ その他		
		麻 痺 部 位	四肢麻痺 ・ 両下肢麻痺		

**B欄\* (※記入要領2・3に該当せず、不完全麻痺又はポリオの者のみ記入)**

徒手筋力テスト表			右	左
上 肢	上 腕 三 頭 筋			
	手 関 節	屈 筋 群		
		伸 筋 群		
手 内 在 筋				
腹 筋	下 部 腹 筋			
下 肢	股 関 節	屈 筋 群		
		伸 筋 群		
		内 転 筋 群		
		外 転 筋 群		
	膝 関 節	屈 筋 群		
		伸 筋 群		
	足 関 節	背 屈 筋 群		
		底 屈 筋 群		
下肢筋力の合計点数				

**C欄 (必ず記入のこと)**

座位バランス	有・無
--------	-----

**D欄 (必ず記入のこと)**

クラス (いずれかに○)	1 (T51) 2 (T33) (T52) (その他) 3 (T34) (T53) (T54)
--------------	---

※15回大会からクラス分けが変更されています。

(記入要領2・3に該当する場合、以下の医師の署名・押印は不要)

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

診療科名

医師名

印

## 記 入 要 領 (様式第 3 号)

1. ハーフマラソン出場希望者のみ提出すること。
2. **日本車椅子バスケットボール連盟の発行する登録手帳を所持する方**
  - ① 申込者本人で手帳により診断書を記入すること。
  - ② 登録手帳の関係事項の写しを添付すること。
3. **過去に車いすマラソン大会 (例：大分国際車いすマラソン大会) に出場し、クラス分けの認定を受けたことのある方**
  - ① 申込者本人でA・C・D欄に記入すること
  - ② クラス分けの認定を受けた関係書類の写しを添付すること。
  - ③ 過去に本大会の旧クラス分け (5クラス) の認定を受けられた方は、クラス分け (3クラス) 表 (裏面) をご参照の上、申込者本人でクラスを記入し、過去に認定を受けた際の関係書類を添付して下さい。  
(ご本人の記入されたクラスが適当でなかった場合には、事務局でクラスを変更させていただきます。)
4. **上記 2・3 以外の方**

医師 (外科または整形外科医) に様式第 3 号の作成及び署名・押印を依頼すること。

## 第29回全国車いすマラソン大会オープン参加申込書

私は、第29回全国車いすマラソン大会に下記のとおりオープン参加を申し込みます。なお、参加するにあたり、自己の健康に十分留意するとともに、大会期間中の事故については一切貴大会に迷惑をかけないことを誓います。

ふりがな 氏名	印		都道府県又は 指定都市名
生年月日	S. H 年 月 日生	満 歳	性別 男・女
現住所	〒 (TEL - - ) (携帯電話 - - ) (FAX* - - ) (E-mailアドレス* ) ※日中に連絡する必要があるため、FAX又はE-mailアドレスを記入願います。		
勤務先名及び 勤務先住所	〒 (TEL - - ) (FAX - - )		
保護者 (本人が未成年の場合)	氏名	住所	〒 (TEL - - )
参加希望種目	1. マラソン (42.195km)		2. ハーフマラソン (21.0975 km)
車いすスポーツ歴	車いすスポーツの種類 (種目) 競技歴 (年数等) 活動状況・大会出場歴・記録・成績等 ※ 車いすの操作に長けており、安全に完走できるかを確認するための項目ですので、大会出場歴等は必須ではありません。普段の活動状況等を記載してください。		
レースに使用する 車いすの種類	1 レーサー 2 その他		
コース下見希望	1 希望する 2 希望しない		
大会当日の弁当	1 希望する 2 希望しない		※主催者で用意します

※ 年齢は大会当日（平成29年9月24日現在）の満年齢を記入のこと。マラソン参加は16歳以上の者、ハーフマラソン参加は13歳以上の者に限ります。

※ オープン参加者については宿泊の斡旋は行いません。