

FAX : 092-718-1314

第39回アビリンピック福岡2017 参 加 申 込 書

申込期限
5月10日(水)

私は、本大会の主催者及び報道機関の撮影・取材等による私の写真、映像、氏名等が、主催者発行資料及び新聞、テレビ等に公表及び報道されることを承諾した上で、本大会への参加を申し込みます。

① 参加予定者

申込日：平成29年 月 日

ふりがな				性別	☐ 男 ・ ☐ 女
氏 名					
生 年 月 日	☐ 昭和 ・ ☐ 平成	年	月	日	年 齢
希 望 競 技 種 目	☐ ワード・プロセッサ ☐ データベース ☐ DTP ☐ ホームページ ☐ パソコンデータ入力 ☐ 表計算 ☐ パソコン操作 ☐ オフィスアシスタント ☐ ビルクリーニング ☐ 製品パッキング ☐ 喫茶サービス				
障 害 の 種 類	☐ 肢体不自由 ☐ 視覚障害 ☐ 音声・言語・そしゃく機能障害 ☐ 聴覚障害 ☐ 内部機能障害 ☐ 知的障害 ☐ 精神障害				
手 帳 の 種 類 番 号 ・ 障 害 等 級	☐ 身体障害者手帳 第 _____ 号 _____ 級 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳				
補助具の使用状況	☐ 車椅子 ☐ 両松葉杖 ☐ 片松葉杖 ☐ その他 ()				
当日の緊急連絡先 (御家族の携帯番号など)	携帯電話 ()				

② 担 当 者

企 業 名 学 校 名			
所 在 地 (個人申込の方は自宅住所)	〒 -		
申 込 担 当 者	氏 名 _____ (部署) _____ 電話 () e-mail :		

③ そ の 他

付 添 者 ・ 引 率 者 の 有 無	付添者 ☐ 有 ☐ 無 引率者 ☐ 有 ☐ 無
そ の 他	☐ 手話通訳者の配慮希望 ☐ 要約筆記者の配慮希望 ☐ その他の希望 ()

(注1) 該当欄に記入、または該当項目に ☒ を付けて下さい。

(注2) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第59号)」を遵守し、保有個人情報を適切に管理し、個人の権利利益を保護いたします。当機構では、必要な個人情報を、利用目的の範囲内で利用させていただきます。御記入いただいた個人情報は、アビリンピック福岡参加に関する事務処理及び業務統計、当機構の関連するセミナー等の案内に利用させていただきます。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 福岡支部 高齢・障害者業務課 TEL : 092-718-1310

FAX : 092-718-1314

第39回アビリンピック福岡2017
お弁当申込書

ふりがな				個	個
担当者氏名				数	
企業名 学校名					
所在地	〒 - 電話 ()				
競技種目	☐ ワード・プロセッサ	☐ データベース	☐ DTP	☐ ホームページ	
	☐ パソコンデータ入力	☐ 表計算	☐ パソコン操作	☐ オフィスアシスタント	
	☐ ビルクリーニング	☐ 製品パッキング	☐ 喫茶サービス		

昼食は原則、各自御準備をお願いいたしております。

本用紙にて事前お申込みいただいた方のみ、お弁当を手配いたします(当日販売はございません)。
上記に御記入いただき、ファクシミリにてお申込み下さい。

- ① 500円(税込)になります(1種類のみ。内容指定不可)。
- ② 大会当日、現金払いです。お弁当と引き換えとなります。
- ③ キャンセルは、5月24日(水)までに御連絡下さい
(これ以降のキャンセル及び御連絡のない場合は料金が発生します)。

申込期限
5月10日(水)

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 福岡支部 高齢・障害者業務課 TEL : 092-718-1310

