**「令和４年度障害者スポーツプログラム　障害者スポーツ体験」参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **個人　・　団体****※どちらかに〇** | **氏名（代表者名）****団体名** |
| **障害名****※団体は主たる障害を記入** |  |
| **住所** | **連絡先　□ＴＥＬ　：****□ＦＡＸ　：****□ＭＡＩＬ：****※連絡先を全て記入してください。****※日中連絡可能なものにチェックをしてください。** |
| **参加希望日　　　　　年　　　月　　　日（　　）　会場（ カルッツ ・ 幸 ・ 高津 ・ 麻生 ・ 井田 ）****参加人数（個人参加の方は介助者がいる場合のみご記入ください）※申込人数を超えての参加はできません****参加者　　　名　　付添い　　　名　　※付添は参加者1名につき1名まで** |
| **参加同意書・承諾書**下記を同意、承諾いただき署名をお願いたします（未成年者・知的障害者の方は保護者も署名）※団体等で参加の方は代表者が記入してください。川崎市障害者スポーツ協会　会長様　私は、体験参加にあたり下記の記載事項を遵守し、体調管理には十分配慮し、万一の事故に対しても、一切自己の責任において対処します。　また、参加者が体験参加するにあたり、一切の責任は私及び保護者が負い、本体験へ参加します。　□イベント当日に参加者全員の検温行い、発熱等がないか体調の確認を必ず行うこと　□以下の事項に該当するものがいる場合は自主的に参加を見合わせること　　①体調がよくない（発熱・咳・咽頭痛などの症状がある）　　②同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる　　③過去１４日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合　□感染防止のために主催者が決めた措置を遵守し、主催者の指示に従うこと　□イベント終了後、２週間以内に新型コロナウイルス感染症の発症者が出た場合は、速やかに主催者に連絡をすること（介助者については参加者が、団体は代表者が責任を持って連絡すること）参加者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**開催日の１４日前までに郵送またはＦＡＸで提出してください。**

**体験への参加が可能な場合のみ連絡先にご連絡いたします。**