

令和4年度障害者スポーツ人材の活動活性化事業
「障害者スポーツフォーラム」申込票

表

ふりがな	※保険加入に生年月日が必要です。記載をお願いします。		
氏 名	生年月日	西暦	年 月 日
性別	男・女・回答しない	年代	～10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代～
住所	都・道・府・県		市・区・町・村
電話番号	FAX		
◆電子メールにて参加決定通知(2月7日以降予定)をお送りしますので、必ず記載をお願いします。			
E-mail	@		
◆参加希望する内容について☑を入れてください *会場参加の「相談会」は申込み不要です。 *会場参加における分科会・相談会の参加時間帯については、弊協会が選定し、決定の上、ご連絡いたします。			
A	☐ チェック	会場参加（シンポジウム・分科会①・②）	
B	☐ チェック	会場参加（シンポジウム・分科会①のみ）	
C	☐ チェック	会場参加（シンポジウム・分科会②のみ）	
D	☐ チェック	会場参加（シンポジウムのみ）	
E	☐ チェック	相談会オンライン参加（14時40分～15時40分の時間帯）	
F	☐ チェック	相談会オンライン参加（16時00分～17時00分の時間帯）	
G	☐ チェック	オンライン参加（シンポジウム・分科会①・②）	
◆上記参加希望日において、「E」・「F」を選択された方について、どのような相談をしたいか、希望する活動や、地域などを記載してください。(申込多数の場合は、抽選となります。)			
◆参加に当たって、配慮が必要な場合はご記入ください。			
手話通訳	要	不要	(その他)
◆所属先			
◆「障がい者スポーツ指導員」資格をお持ちの方はご記入ください。			
活動登録都道府県	都・道・府・県		
◆現在の障害者スポーツの活動状況（障害者スポーツ指導員、学校関係者、団体運営スタッフ、地域のボランティア等）			
◆障害者スポーツフォーラム参加の理由について（自由記述）			
◆申込票の裏面に記載した「個人情報の取扱い・感染症対策等」の確認事項について			
承諾しました。	☐ チェック		
【申込期限】	令和5年2月3日（金） ※必着 ※お預かりした個人情報は、本事業運営に必要な目的以外には使用いたしません。		
【申込先】	住所：〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1番1号セントラルプラザ12階 担当：公益社団法人東京都障害者スポーツ協会 障害者スポーツフォーラム担当 TEL：03-6265-6001 FAX：03-6265-6077 メール：chiiki-yousei@tsad.or.jp ※FAXで申込みの場合は、必ず電話で届いたことの確認をお願いします。		

◆その他、個人情報の取扱・感染症対策等の確認事項について

【その他】

①共通事項

- ・本フォーラムで収集した個人情報は、本業務運営に必要と認められる目的以外には利用又は第三者に開示及び提供は行いません。
- ・開催中の映像・写真・記事等に関する肖像権と発行物等への掲載権は、すべて主催者に属し、申込決定した段階で、掲載に同意したとみなします。
- ・新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、中止・一部実施内容を変更する場合があります。
- ・その他施設、主催者側が決めた措置、指示に従ってください。

②現地参加者

- ・参加決定通知について、別途「電子メール」等にてお送りします。
- ・感染症拡大防止のため、会場にて検温を実施します。
なお、次の要件を満たさない方は、参加をご遠慮ください。
- ・当日の体温は平熱であり（37.5度以上の発熱がない）

次の事項に該当しないこと。

- ☒ 当日及び7日以内において体調がよくない（例：発熱、咳・のどの痛みなど風邪の症状等）
- ☒ 過去5日以内に新型コロナウイルス感染症陽性とされた方と濃厚接触がある
- ☒ 政府が定める所定期間内に入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等からの入国者との濃厚接触がある

<当日のお願い>

マスク着用、こまめな手洗い、手指の消毒、決められた場所に着席してください。

③オンライン参加者（Zoom予定）

- ・申込者には、別途オンライン用のURLをお送りします。（2月7日以降予定）