

ハンディスキー講習会実施要項

1. 目的 障がい者（児）スキーの選手育成・普及 ならびに指導者の育成を目的とする。
2. 主催 群馬県身体障害者スキー協会
3. 日時 2024年 1月13日（土） 8：30～12：00
1月27日（土） 8：30～12：00
2月10日（土） 8：30～12：00
3月 2日（土） 8：30～12：00

※天候等や参加者、スタッフの予定を検討し、翌日（日曜日）に変更する可能性もあります。

4. 場所 群馬みなかみほうだいぎスキー場
群馬県利根郡みなかみ町藤原3839-1
5. 講習内容 障がい者（児）のスキー初心者講習
障がい者スキー指導者講習 等
6. 日程 8：30 受付
9：00 講習会開始
12：00 終了
7. 参加資格 ・障がい者（児）でスキーに興味がある方
※障がい者（児）の引率（保護者）で滑れる方は一緒に参加して頂きます。
8. 参加費 ・無料 ※リフト券はご自身で購入下さい。
（障がい者割引あり）障害者手帳をお持ち下さい。
9. お問い合わせ先
お申し込み先 ・株式会社 上毛義肢
群馬県前橋市元総社町83-1
電話：027-289-8540
FAX：027-289-8541 担当：齋藤
※講習日の一週間前までにお申し込み下さい。
10. その他 ・現地集合、現地解散
・参加者は同意書をご記入ください。
（同意書の記入が無い場合は講習会の参加はできません）
・講習会での保険加入につきましては個人で加入をお願い致します。

【この事業は、群馬県社会福祉協議会福祉振興基金補助金の補助を受けて実施します】

ハンディスキー講習会 参加申込書

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日生(歳)
住所	〒				
電話番号			携帯番号		
緊急連絡先	氏名		電話番号()		
	(続柄:)		FAX番号()		
障害名	(各障害者手帳に記載されている事柄を記入)				
	種 級				
車椅子の使用	無・有		障がい種別	身体・知的	
介護者・保護者	1	ふりがな	生年月日		
		氏名:	大・昭・平 年 月 日(歳)		
	2	ふりがな	生年月日		
		氏名:	大・昭・平 年 月 日(歳)		
無・有	3	ふりがな	生年月日		
		氏名:	大・昭・平 年 月 日(歳)		

同意書

群馬県身体障害者スキー協会

会長 阿部 敏弘 様

群馬県身体障害者スキー協会が主催する講習会に参加するにあたり、自己の健康管理に充分注意し、体調の悪い場合は参加を辞退いたします。

なお、万一の事故の場合には、主催者に対して主催者の契約した傷害保険以上の請求はいたしません。

年 月 日

住 所
氏 名
(保護者)

年 月 日

住 所
氏 名

印