



## 2017 日本知的障害者アルペンスキー選手権大会実施要項

### 1 目的

知的障害者のアルペンスキーの技術向上を図ると共に、スキーを通じて障害者と健常者が触れ合い、理解を深めることにより、潤いのある豊かな生活の質的向上を期待する。

### 2 主催

特定非営利法人日本障害者スキー連盟

### 3 主管

2017 ID アルペンスキー選手権大会実行委員会

### 4 後援 (予定)

公益社団法人日本障がい者スポーツ協会、NPO 法人日本知的障害者スポーツ連盟、社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会、財団法人日本知的障害者福祉協会、全国特別支援学校長会、長野県、白馬村、長野県スキー連盟、白馬五竜観光協会

### 5 協力 (予定)

NPO 法人長野県障がい者スポーツ協会、白馬村スキークラブ、白馬五竜とおみスキースクール、白馬村スキー同好会、株式会社大糸、株式会社五竜、株式会社白馬フォーティセブン

### 6 協賛 (予定)

社会福祉法人東京都知的障害者育成会、大塚製薬株式会社、キリンビール株式会社、

### 7 期日・会場

平成 29 年 1 月 28 日 (土) ・ 29 日 (日) 白馬五竜スキー場いいもりゲレンデ  
本部：ホテル丸大 長野県北安曇郡白馬村飯森 電話：0261-75-2150 FAX：0261-75-2280

### 8 種目・日程 (予定) 大回転 (GS)、回転 (SL) の 2 種目 ※役員集合時刻 8:30

9:00	受付開始 (会場)		
9:30	開会式・選手会 (出席必須)	8:30	ゼッケン配布、リフトチップ配布 バーン整備、ポールセット開始
10:30	コースインスペクション開始		
10:50	コースインスペクション終了	9:00	コースインスペクション開始
11:15	GS 競技 1 本目スタート	9:20	コースインスペクション終了
12:00	1 本目終了 (セット替え) 昼食 (各自)	9:45	SL 競技 1 本目スタート
13:00	コースインスペクション開始	10:30	1 本目終了 (セット替え)
13:20	コースインスペクション終了	11:30	コースインスペクション開始
13:45	GS 競技 2 本目スタート	11:50	コースインスペクション終了
14:30	競技終了 (ゼッケン回収)	12:15	SL 競技 2 本目スタート
14:50	フリーポール練習 (SL を予定)	13:00	競技終了 (ゼッケン回収) 昼食 (各自)
15:40	ポール撤収	14:00	閉会式 (リフトチップ回収) 表彰式、JP 推薦者発表
16:00	選手会 (出席必須、リフトチップ回収)	14:30	大会終了

※時間等の詳細については多少変更となる場合があります。

## 9 競技方法

本大会に定めるもの以外は、全日本スキー連盟競技規則による。用品に関しては、F I S D規定に従ったものが望ましい。(2017 ジャパンパラ出場に際しては、JPS 競技規定に従ったもの)  
なお選手全員にヘルメット着用と選手会への出席を義務づけます。

## 10 参加資格

- (1) 療育手帳(愛の手帳)所持者。
- (2) アルペンスキーの経験があり、安全に大会に出場できる健康状態が良好な方。

## 11 定員

参加者(選手) 定員 50 名

## 12 表彰

各種目男女別に3位までメダルを贈呈する。

また成績優秀者は、2017 ジャパンパラアルペンスキー大会の出場選手として推薦します。ただし、ID 選手権大会出場前に JPS (日本障害者スキー連盟) の選手登録を完了していることが必要です。

## 13 参加費・リフト代

参加費(リフト代込) : 11,000円

申し込み併せて指定する銀行に参加者氏名にて振り込んでください。なお、入金後はいかなる理由が生じても返金いたしません。(事業中止の際には返金いたします。)

振込先：みずほ銀行 あざみ野支店 普通預金 口座番号：1398025  
口座名義：特定非営利活動法人日本障害者スキー連盟 基金助成事業B

## 14 宿泊

参加者各自で宿舎を予約してください。

## 15 申込み方法

参加者・引率者が、参加申込書にご記入の上、下記へ郵送して下さい。

## 16 申込み先(問い合わせ先)

〒154-0015 東京都世田谷区桜新町 2-25-12-803  
(特非) 日本障害者スキー連盟 (アルペン・知的) 総務 大久保宛  
電話/FAX: 050-1109-6065 E-mail: okubo.hiroyuki@sajd.com

## 17 申込締切

平成 28 年 12 月 9 日 (金) 必着 ※ 定員になり次第締め切ります。

## 18 健康安全

参加者は、必ず各自が傷害保険に加入の上申し込んで下さい。また、医師の診断を受けるなど自己の責任において健康と安全にご留意願います。主催者は、大会中の事故に対し主催者がかける団体保険(傷害保険)の範囲内で対処しますが、それを越えた責任は負いません。

## 19 その他

- ・ 常備薬および健康保険証をご持参ください。
- ・ 申し込みにおいて収集した個人情報は、選手権大会及び関連事業にのみ使用いたします。



# 2017 日本知的障害者アルペンスキー選手権大会 参加申込書

参加者	(ふりがな) 氏名			男・女
	生年月日	西暦	年	月 日 ( 歳)
	住所	〒 —		
		TEL:	FAX:	
	所属名 (勤務先・学校等)	TEL:	FAX:	
障害名	(障害者手帳の「障害名」を記載通り記入してください。) 等級			
引率者 (連絡責任者) ※通知・案内等、 連絡の取れる方	(ふりがな) 氏名			男・女
	参加者との関係			
	連絡先	TEL:	FAX:	
		携帯電話:		
	E-mail:			
その他				

※登録された個人情報、ID アルペンスキー選手権大会及び関連事業にのみ使用します。

※以下の承諾書は、必ずご記入願います。

## 承諾書

2017 日本 ID アルペンスキー選手権大会に下記のことを守り、参加することを承諾します。

記

1. 現在健康であることを認め、選手権大会に参加します。
2. 開催日までの行程及び期間中は、自己と保護者の責任で健康と生活の管理に努めます。

20 年 月 日

2017 日本 ID アルペンスキー選手権大会実行委員会 殿

〒 —

住所

参加者氏名 \_\_\_\_\_ 印 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印



スポーツ振興基金助成事業

独立行政法人日本スポーツ振興センター