

特定非営利活動法人 日本障害者スキー連盟

2017 日本知的障害者アルペンスキー普及講習会実施要項

— スポーツ振興くじ助成事業 —

スポーツくじ



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

特定非営利活動法人 日本障害者スキー連盟

3 主 管

2017 ID アルペンスキー普及講習会実行委員会

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 日 程 (予定) ※役員集合時刻 8:30 (レストハウス 2 階)

時 間	第 1 日目 (土)	時 間	第 2 日目 (日)
9:00	受付 (会場) ゼッケン等配布	8:30~	受付 (会場)・ゼッケン等配布
9:30	開会式	8:50	講師打ち合わせ
9:50	班分け・講師紹介	9:00	講習開始
10:00	講習開始	10:30	タイムトライアル (1 本目)
12:00	講習終了 昼食 (各自)	13:00	タイムトライアル (2 本目) 昼食 (各自)
13:30	講習開始	14:00	閉会式
15:00	ポール練習		(ゼッケン、リフトチップ回収)
16:00	講習終了 (ゼッケンリフトチップ回収)	14:30	閉会式終了

※時間等の詳細については多少前後する場合があります。

9 講習班編成

参加申込書のスキー技術欄を参考にして、主催者が下記の基準でグループ編成をします。

- (1) スキーを初めて体験するグループ
- (2) プルークボーゲンで滑れる、パラレルを目指すグループ
- (3) パラレルで滑れる、選手権大会出場を目指すグループ

10 タイムトライアルの方法

- ・タイムトライアルは、アルペン競技の入門事業として開催します。
- ・競技種目は、スーパー回転（SSL）の1種目
- ・成績上位者男女各3名ずつを表彰
- ・希望があればタイムトライアルに参加せず講習にすることもできますが、講師が代わる可能性があります。事前に、班の講師にご相談ください。

11 参加資格

- (1) 知的障がいのある、身の周りのことが自分で出来る方。療育手帳（愛の手帳）所持者。
- (2) 健康状態が良好な方。

12 定員

参加者定員 50名

スポーツくじ



13 参加費・リフト代

参加費（リフト代込）：11,000円

申し込みに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:1398157
口座名義 特定非営利活動法人日本障害者スキー連盟 くじ助成事業A

14 宿泊

参加者各自で宿舎を予約してください。

15 申込方法

参加者・付添者が、参加申込書にご記入の上、下記へ郵送して下さい。

16 申込先（問合わせ先）

〒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) 普及講習会総務 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。

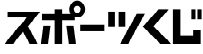


18 健康安全

参加者にとっては、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、大会における事故に対し、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、それを超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、普及講習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普及講習会参加申込書

参加者	(ふりがな) 氏名			男・女
	生年月日	西暦	年	月 日
	住所	〒		
	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。)			
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:				
スキー技術 (○で囲む)	(A) 初めてスキーをする (B) スキーは初めてではないが、一人で滑ることは難しい (C) 緩斜面であれば、プルークボーゲンで滑ることができる (D) 中斜面でもプルークボーゲンで滑ることができる (E) パラレル(板を揃えて)で滑ることができる			
その他	  			

※登録された個人情報、アルペンスキー普及講習会、及び関連事業にのみ使用します。

※次の承諾書は、必ずご記入願います。

承諾書

2017 日本 ID アルペンスキー普及講習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、普及講習会に参加します。
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。

2017 日本 ID アルペンスキー普及講習会実行委員会 殿

20 年 月 日

〒

住所

参加者氏名

印

保護者氏名

印