

特定非営利活動法人 日本障害者スキー連盟
障がい者スキー普及講習会
 —— 〈スポーツ振興くじ助成事業〉 ——

実施要綱

1. 目的 障害者のアルペンスキー講習会により障害者スキーヤーの発掘並びに育成を図るとともに、障害者の社会参加を促進することを目的とする。
2. 主催 特定非営利活動法人 日本障害者スキー連盟
3. 協力 北海道ハンディキャップスキー協会
日本チェアスキー協会
一般財団法人さっぽろ健康スポーツ財団
4. 後援 (公財)日本障がい者スポーツ協会
5. 期日 平成30年3月3日(土曜日)～4日(日曜日) 2日間
6. 場所 北海道 札幌市 フッズスノーエリアスキー場
〒061-2271 北海道札幌市南区藤野473-1
電話：011-591-8111
7. 内容 アルペンスキー(身体障がい者・知的障がい者)の習熟度に合わせた講習会
8. 講師 (特)日本障害者スキー連盟会員、(公財)日本障がい者スポーツ協会認定指導員
北海道身障者スキー連盟会員
9. 対象者 身体障がい者・知的障がい者
10. 定員 30名(受講決定者には、受講決定書を郵送致します。)
11. 参加費(リフト代込み)：10,000円
参加費に含まれるもの：①受講料 ②リフト券(2日分)
申込みに併せて指定する銀行に参加者氏名にて振込んでください。なお、入金後は事業中止の場合以外は、いかなる理由が生じても返金いたしません。

振込先：みずほ銀行 あざみ野支店(599) 普通預金 口座番号：1416155
 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C
 口座名義カナ トクテイエイカクトウホウジンニホンシヨウカ イヤスキーレンメイ クジジヨセイジギョウC

12. 宿泊
 宿泊を必要とする参加者は、各自で宿舎を予約してください。

13. 申込方法

参加申込書に記入の上、銀行口座に参加料を振り込み後、下記までに郵送または E-mail で申し込みしてください。E-mail の場合は、押印した申込書をスキャンした電子データを添付してください。

14. 申込先（問合わせ先）

〒107-0052 東京都港区赤坂 1-2-2 日本財団ビル 4 階パラリンピックサポート内
特定非営利活動法人日本障害者スキー連盟事務局
電話：03-6229-5429 / FAX：03-6229-5420 E-mail：kjcentry@jps-ski.com

申込締切 平成30年1月31日（水） ※定員になり次第締め切ります。

15. 日程 平成30年3月3日（土）～4日（日）

3月3日（土）

9：00 集合・受付 現地スキー場
9：30 開講式 挨拶（特非）日本障害者スキー連盟
事務連絡 日程・内容説明・班編成
10：00 講習会開始
11：50 講習会終了
昼食
13：00 講習会開始
15：30 講習会終了

3月4日（日）

9：00 集合・受付 現地スキー場
9：30 講習会開始
11：50 講習会終了
昼食
13：00 講習会開始
記録会
15：30 講習会終了
閉講式
閉講挨拶（特非）日本障害者スキー連盟挨拶
解散

*天候や講習会進行の都合により、日程・時間に変更になる場合があります。

16. 健康安全

参加者にあつては、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。

17 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。
- ・ 昼食は、各自でお願いします。

スポーツクラブ



障がい者スキー普及講習会 参加申込書



フリガナ 氏名		男・女	生年月日	西暦	年	月	日
			年齢	満	歳	※2018年1月31日現在	
受講者 住所	〒	—	電話番号				
			F a x 番号				
			e-mail				
保護者 ・ 引率者	〒	—	氏名				
			講習者との関係				
			緊急連絡先/携帯電話				

●障がい者スキー普及講習会申込書

滑走レベル	<p>■該当するレベルに○印を記入して下さい。</p> <p>() ボーゲンが出来る/リフトは一人で乗車出来ない</p> <p>() ボーゲンが出来る/リフトは一人で乗車出来る</p> <p>() ゲレンデを自由に滑れる</p>
障害状況記入 (障害者手帳・障害名記載)	
備考等 指導者に伝えておきたい こと	
その他	

※登録された個人情報は、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、必ずご記入ください。

承 諾 書

障がい者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。

- 1： 現在健康であることを認め、講習会に参加します。
- 2： 開催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。

2018年 月 日

特定非営利活動法人 日本障害者スキー連盟 殿

〒 —
住 所

参加者氏名 _____ 印 保護者氏名 _____ 印