

第14回水泳記録会開催要綱

- 1.主 催 社会福祉法人川越市社会福祉協議会
- 2.協 力 川越水泳協会
埼玉県障害者水泳協会
東京国際大学 現代GP（予定）
ボランティア
日本水泳振興会
- 3.日 時 平成28年9月10日（日）
正午～午後4時30分（受付：午前11時30分～）
- 4.会 場 川越市総合福祉センター 1階 温水プール
- 5.対 象 者 原則として市内在住・在勤・在学の障害のある方及び60歳以上の方
- 6.定 員 40名（先着順）
- 7.申込制限 1人2種目（ただし、競技種目のうち★印の付いたお楽しみイベントと100mフリーリレーは除く。）
- 8.競技規則 (財)日本障害者スポーツ協会編「全国障害者スポーツ大会競技規則」及び本記録会の申し合わせ事項による。
- 9.免責事項 参加者の健康管理は本人の責任とし、各自充分注意してください。記録会中の事故等に関しては応急処置のみとし、その後の処置について責任を負いません。また、総合福祉センターで加入している保険の適応範囲内である場合は対応いたします。
特に飛び込みスタートを希望される方は十分に注意してください。
- 10.経 費 82円（プログラム送料）
- 11.申込方法 別紙申込書に必要事項を記入し、経費を添えて総合福祉センター1階窓口でお申し込みください。

申込期間 6月25日（日）～

※受付時間：火曜日～日曜日の午前9時～午後5時15分（祝祭日を除く）
- 12.その 他 (1)参加者全員に「記録証」を授与します。
(2)キャンセルの場合は、直ちに連絡してください。8月12日(土)までは、経費を全額返金いたします。その後のキャンセルの場合については、経費の返金はできませんので、ご了承ください。
(3)申込期間後の種目変更や追加はできませんので、ご注意ください。

(4) 次の症状がある場合は、入水をご遠慮ください。

- ・傷など出血がある場合
- ・感染症（水虫、結膜炎、眼病等）のおそれがある場合
- ・風邪症状（発熱・咳・鼻汁・咽頭痛・下痢）がある場合

また、安全・安心に競技に参加していただくために、「健康チェック票」のご提出にご協力ください。

(5) 本大会で取得した個人情報、個人情報保護法に基づき適正に管理します。なお、競技結果や選手の写真、氏名等をホームページ等に掲載する場合がありますのであらかじめご了承ください。

【問合せ】〒350-0036 川越市小仙波町2-50-2

TEL 228-0200 FAX 228-0202

川越市社会福祉協議会 総合福祉センター

センター業務担当

日程及び競技種目

11:30~12:00	受付
12:00~12:15	開会式
12:20~13:00	ウォーミングアップ
13:10~	競技開始
すべてのプログラム終了後 閉会式	
競 技 種 目	
1. 25m 自由形(男子)	10. 100m 個人メドレー
2. 25m 自由形(女子)	11. 25m 水中ウォーキング
3. 50m 自由形	12. 25m ビート板・浮助具
4. 25m 平泳ぎ	13. ★お楽しみイベントⅠ 「25m 障害物競争」
5. 50m 平泳ぎ	14. ★お楽しみイベントⅡ 「水中宝探し」
6. 25m 背泳ぎ	15. 100m フリーリレー
7. 50m 背泳ぎ	
8. 25m バタフライ	
9. 50m バタフライ	

※ 上記競技種目は開催順ではありません。各競技種目の開始予定時間については、申込みをした方に発送するプログラムをご確認ください。

ただし、申込状況により一部の種目内容等変更することがありますのであらかじめご了承ください。

水泳記録会 区分一覧表

*申込書に区分番号を記入してください。

障 害 区 分			区分番号
肢体不自由者	上 肢	手部切断	1
		片前腕切断、片上肢不完全	2
		片上腕切断、片上肢完全	3
		両前腕切断、両上肢不完全	4
		両上腕切断、両上肢完全、片前腕・片上腕切断	5
	下 肢	片下腿切断、片下肢不完全	6
		片大腿切断、片下肢完全	7
		両下腿切断、両下肢不完全	8
		両大腿切断、両下肢完全、片下腿・片大腿切断	9
	上下肢	片上腕切断、片下肢切断、片上肢不完全・片下肢不完全	10
		多肢切断、片上肢完全・片下肢完全、両上肢不完全・両下肢不完全	11
	体 幹	体幹	12
	脳原性麻痺以外 の車椅子使用	第7頸髄まで残存	13
		第8頸髄まで残存	14
		下肢麻痺で座位バランスなし	15
		下肢麻痺で座位バランスあり	16
	脳原性麻痺 (脳性麻痺、 脳血管疾患、 脳外傷等)	四肢麻痺(車椅子常用)、上肢に著しい不随意運動を伴う走不能	17
		両下肢麻痺、上肢に軽度の不随意運動を伴う走不能	18
		片側障害で片上肢機能全廃	19
		その他の片側障害で走不能	20
		その他	21
	その他	浮具使用	22
視覚障害者	視力0から光覚弁まで	23	
	視力手動弁から0.03まで、視野5度以内	24	
	その他	25	
聴覚障害者	聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害	26	
知的障害者	知的障害	27	
精神障害者	精神障害	28	
内部障害者	内部障害	29	
高 齢 者	60歳以上で障害がない	30	

※第16回埼玉県障害者スポーツ大会「彩の国ふれあいピック」春季大会開催要綱より抜粋。
一部本記録会用に加筆・修正してあります。

領 収 証

第14回水泳記録会経費（プログラム送料代） 82円

上記のとおり領収いたしました。
平成 年 月 日

社会福祉法人川越市社会福祉協議会

総合福祉センター センター業務担当 印

印

第14回水泳記録会競技申込書(個人用)

取扱者	申込No	受付No	申込日
-----	------	------	-----

ふりがな		大正・昭和・平成
氏名		年 月 日生 (才) *男・女
住所	〒	
	TEL	— —
所属名	※プログラム等に掲載してよろしいですか…はい・いいえ	
障害の有無	有 ・ 無	
障害名		種 級

1

出場種目1	
区分番号	
*スタート	飛び込み ・ 水 中
自己ベストタイム	: :

2

出場種目2	
区分番号	
*スタート	飛び込み ・ 水 中
自己ベストタイム	: :

お楽しみイベントⅠへの参加 (25m 障害物競争)	参 加	・	不 参 加
お楽しみイベントⅡへの参加 (水中宝探し)	参 加	・	不 参 加
100m フリーリレーへの参加 ※別紙に記入	参 加	・	不 参 加

※1 お楽しみイベント、100m フリーリレーのみに参加する事も可能です。

※2 一人での競技参加（入退場を含む）が難しい場合は、なるべく介助者が同伴してください。

※3 100m フリーリレー参加希望の方は別紙にも記入をお願いします。

申込にあたっての注意事項

- 1) *印は、飛び込み・水中いずれかに○をつけてください。
- 2) 出場種目が1種目の場合は1に、2種目の場合は1と2の両方に記入してください。
- 3) 障害名は手帳のとおり記入してください。療育手帳の方は、程度の区分も記入してください。
- 4) 申込み用紙に記載された事項は、記録会運営に関わる活動以外には使用いたしません。

承 諾 書

私は、個人情報の活用を承諾し水泳記録会の申し込みをいたします。

また記録会には、自己の責任において健康管理を行い万全の体調で参加し、記録会中及び付帯行事の開催中にケガ又は疾病がおきた場合においても、私に対する補償は記録会主催者が契約している保険の範囲内であることを承諾いたします。

写真及び氏名が記録会に関連する広報物全般において使用される場合があった場合、これを了承し承諾いたします。

申込者氏名

印 保護者氏名

印

(18歳未満の場合、保護者の承諾が必要です)

第14回水泳記録会100mフリーリレー出場申込書

ふりがな	
氏 名	

下記の1.と2.のどちらかに○印をつけてください。

1. 当日チームを組む。(オアシスにチームを組んでもらう)

当日のリレー希望者の中からチームを組みます。

2. 自分達でチームを組む。

チーム名、チームメイトの名前をお書きください。

ふりがな
 チーム名 []

順番	氏 名	スタート
1	ふりがな	飛び込み 水中
2	ふりがな	飛び込み 水中
3	ふりがな	飛び込み 水中
4	ふりがな	飛び込み 水中

※スタートは飛び込み・水中のいずれかに○をつけてください。

※一人での競技参加（入退場を含む）が難しい場合は、なるべく介助者が同伴してください。

水泳記録会 健康チェック票

記録会参加にあたり、下記の質問に差し支えのない範囲で記入してください。

なお、治療中の疾患がある方は、事前に主治医と相談し許可をもらうようにしてください。(糖尿病・心疾患・高血圧など)

1. 今までに何か病気にかかったことはありますか? はい いいえ

⇒「はい」の方へ その時の年齢と病名は何ですか? (例: 30才 胃潰瘍で手術)

[]

2. 現在通院していますか? はい いいえ

⇒「はい」の方へ 発症年齢と病名は何ですか? (例: 50才 心筋梗塞)

[]

3. 現在、お薬を服用されていますか? はい いいえ

⇒「はい」の方へ どのようなお薬ですか? (薬品名・服用回数)

[朝・昼・夜・就寝前]

4. 普段の血圧はどのくらいですか? [/]

5. 最近、気になる症状等がありますか? はい いいえ

⇒「はい」の方へ どのような症状ですか? (例: 昨日発熱していた)

[]

上記の内容に相違ありません お名前 _____ 年齢 _____ 歳 _____

*なお、競技中に気分が悪くなった場合や事故等に関する処置は、応急処置のみを行いますので、各自で体調管理を行ってください。

ご心配な場合は、看護スタッフにお申し出ください。

お願い 以下の症状がある場合は、入水をご遠慮ください。
「傷など出血」
「感染症(水虫、結膜炎、眼病等)のおそれ」
「風邪症状(発熱・咳・鼻汁・咽頭痛・下痢)」

※記入していただき、当日、必ず提出してください。