

令和4年度 北海道パラアスリート発掘プロジェクト

パラスポーツ体験会&セミナー

パラアスリート達と一緒にスポーツを楽しもう!!

日時 2022年7月9日(土) 9:00~15:00

会場 旭川市障害者福祉センター おびった2階
旭川市宮前1条3丁目3番7号

体験会:体育館
セミナー:会議室1

参加
無料

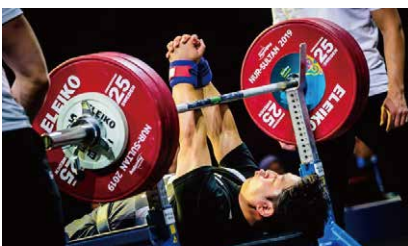
パラスポーツ体験会 9:00~12:00

定員:60名(申込先着順)

参加対象:小学生以上(健常者も大歓迎)



車いすフェンシング



パラ・パワーリフティング



パラバドミントン

パラスポーツセミナー 13:00~15:00

定員:60名(申込先着順)

基調講演

「北京2022パラリンピック出場秘話~その先のパラリンピックへ~」(有安さん / 藤田さん)

トークショー

「世界で活躍するパラアスリート」(有安さん / 今野さん / 山本さん / 小倉さん)



ガイドスキーヤー

藤田 佑平さん

【北京2022日本代表・
平昌2018日本代表】
※旭川市出身



旭川パラスポーツ協議会

今野 征大さん

【あすチャレ! メッセンジャー認定講師】



パラ・パワーリフティング

山本 恵理さん

【あすチャレ! メッセンジャー認定講師】



パラバドミントン

小倉 理恵さん

【東京2020日本代表】
【ブリヂストン所属】
【あすチャレ! メッセンジャー認定講師】



NHK旭川キャスター

大橋 未帆さん

問合せ・申込先

北海道環境生活部スポーツ局スポーツ振興課

担当:戸田

TEL 011-206-6023 / FAX 011-232-1098

E-mail kansei.sports@pref.hokkaido.lg.jp

主催:北海道 / 協力:旭川パラスポーツ協議会、特定非営利活動法人日本パラ・パワーリフティング連盟、旭川フェンシングクラブ、車いすフェンシングクラブ

パラスポーツ体験会&セミナー

■ 参加及び同伴にあたっての注意事項

- (1) 体験会に参加される方は、動きやすい服装で体育館で使用できるシューズを持参してください。
- (2) 飲み物、タオル、昼食その他必要なものは各自でご用意ください。
- (3) 介助が必要な方は、各自でご対応ください。
- (4) 主催者において、普通傷害保険に加入し、怪我等に対する補償はその保険の範囲内で行います。
- (5) 主催者または報道機関が本事業の様子等を撮影し、その写真、映像をホームページ等で使用する場合があります。支障がある場合は、事前にお申し出ください。

■ 新型コロナウイルス感染症対策について

公益財団法人日本スポーツ協会及び公益財団法人日本パラスポーツ協会が作成した「スポーツイベントの再開に向けた感染拡大予防ガイドライン」に基づき、実施します。

- (1) 無観客で開催します。
- (2) 会場内では、パラスポーツ体験中以外は原則マスク着用をお願いします。
- (3) 参加者及び同伴者は、会場入場時に「体調チェックシート」の提出をお願いします。なお、発熱や体調不良が認められた場合は入場をお断りする場合があります。
- (4) 付添、報道関係者の皆様も、会場へ入場する場合は、「体調チェックシート」の提出をお願いします。
- (5) 感染症の感染拡大が起きた場合には、開催を中止する場合があります。

■ 個人情報の取扱いについて

お申込みにあたって提供いただいた個人情報は、事業の運営管理の目的にのみ利用させていただきます。また、個人情報は必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

申込方法

参加希望の方は、Webサイト、FAXもしくはメールでお申し込みください。

QRコードは株式会社デンソーウェーブの登録商標です。

申込締切

2022年
7月6日(水)

Webサイト (申込みフォーム)

<https://www.harp.lg.jp/SksJuminWeb/EntryForm?id=MIHwyX17>

FAX・メール

FAX:011-232-1098 E-mail:kansei.sports@pref.hokkaido.lg.jp



申込用紙

参加を希望するイベントに「レ」をつけてください。		<input type="checkbox"/> パラスポーツ体験会 <input type="checkbox"/> パラスポーツセミナー	
参加者 氏名	ふりがな	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 -	所属	(学校名・学年、勤務先など)
電話番号		障がいの 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 知的障がい
緊急連絡先 (本人以外の電話番号)			<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 聴覚障がい
E-mail		[車いす 有・無]	<input type="checkbox"/> 視覚障がい
保護者 氏名	ふりがな	保護者 連絡先	(電話番号)

※申込者が未成年の場合、ご記入ください。