

令和 8 年度

参加無料

駐車場有

# パラスポーツ/スポーツレクリエーション 教室

みんな一緒にパラスポーツ/スポーツレクリエーションを楽しみましょう!!

## 会場

千葉県立槇の実特別支援学校 体育館

〒299-0243 袖ヶ浦市蔵波3108-113

## 募集

定員30名(先着順・参加無料)

障害がある方とその家族・同行者

※全開催スケジュールとも  
障害のある方が優先と  
なります。

## 用意するもの

運動できる服装、体育館シューズ、タオル、飲み物



チーバくん

## 開催日と実施競技

第1回

10/24[土]

13:30-15:00

競技  
種目

パラ  
ピックルボール

協力 日本パラピックルボール協会  
千葉県ピックルボール協会

\*ピックルボールは、  
テニス・卓球・バドミ  
ントンの要素も取り入  
れた競技で、誰でも簡  
単に打ち合うことがで  
きます。



第2回

11/14[土]

13:30-15:00

競技  
種目

車いす  
レクリエーション

協力 元車いすバスケットボール  
日本代表 京谷和幸

\*スポーツ用車いすの  
操作を楽しく体験し  
ていただけます。ど  
なたでも気軽に楽し  
んでいただけるプロ  
グラムです。



第3回

12/19[土]

13:30-15:00

競技  
種目

パラ  
バドミントン

協力 千葉県障害者バドミントン連盟

\*車いすと立位に分かれ  
て同じ障がい同士でプ  
レー。さまざまな障がい  
がある方も楽しめて日  
本選手権大会に挑戦す  
ることも夢ではありません。



▶ 主催 千葉県

▶ 協力 株式会社INSPLICT ヨネックス株式会社

▶ 申し込み方法

右記二次元コードをスキャンして申し込んでください。  
または、参加申込書を右記事務局まで  
E-mail、FAX、郵送で送付してください。



▶ 申し込み・問い合わせ先

特別支援学校を活用したパラスポーツ普及促進事業事務局  
千葉県障害者スポーツ・レクリエーションセンター  
〒263-0016 千葉県千葉市稲毛区天台6-5-1  
TEL 043-253-6111  
FAX 043-253-9389  
E-mail info@chibasrc.com

千葉スポレクセンター 検索 詳細はWebサイトへ

◀ 裏面参加申込書あり

都合により開催スケジュールを変更する場合がありますのであらかじめご了承ください。  
変更スケジュールは当センターのホームページに掲載しますのでご参照ください。

# パラスポーツ/スポーツレクリエーション教室参加申込書

申込日 令和 年 月 日

※希望する教室に ✓ をつけてください。

| 開催場所              | 開催日時                               |             | 実施競技        |
|-------------------|------------------------------------|-------------|-------------|
| 千葉県立<br>槇の実特別支援学校 | <input type="checkbox"/> 10月24日(土) | 13:30~15:00 | パラピックルボール   |
|                   | <input type="checkbox"/> 11月14日(土) | 13:30~15:00 | 車いすレクリエーション |
|                   | <input type="checkbox"/> 12月19日(土) | 13:30~15:00 | パラバドミントン    |

|                                                                                                              |                                                                                                                  |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ふりがな                                                                                                         | 性別                                                                                                               | 年齢      |
| 氏名(参加者)                                                                                                      | 男 ・ 女                                                                                                            |         |
|                                                                                                              | 生年月日                                                                                                             | 年 月 日   |
| 氏名(同伴者)                                                                                                      |                                                                                                                  |         |
| 郵便番号                                                                                                         | 〒                                                                                                                | —       |
| 住所                                                                                                           |                                                                                                                  |         |
| TEL.                                                                                                         | FAX.                                                                                                             | メール(必須) |
| 障害名及び<br>お持ちの方は<br>手帳の種類                                                                                     | <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 |         |
| 車椅子                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない                                                 |         |
| [18歳未満の方のみ]      上記教室に参加することを承諾します。      保護者氏名:                                                              |                                                                                                                  |         |
| [写真の掲載について]<br>教室に参加する皆さんの様子を、千葉県・当センター広報紙やHP・SNS等に掲載させていただきます。<br>「写真の掲載を止めて欲しい」という方がいらっしゃいましたら事前にお申し出ください。 |                                                                                                                  |         |
| [その他] *配慮事項や参加に関して伝えたい事があればご記入ください。                                                                          |                                                                                                                  |         |

## 留意事項

- ・事故や怪我の場合は応急措置のみとさせていただきます。
- ・本紙に記載されている個人情報は、事業目的以外に使用いたしません。
- ・尚、ご意見・ご要望がございましたら事務局までご連絡ください。

定員等により受講できない場合のみ、  
事務局よりご連絡いたします。

問い合わせ先(事務局)

## 千葉県障害者スポーツ・レクリエーションセンター

〒263-0016 千葉県千葉市稲毛区天台6-5-1  
TEL 043-253-6111  
E-mail info@chibasrc.com

FAX.043-253-9389