

埼玉協発第25号

令和2年8月5日

各市町村身体障害者主管課長 様

各市町村身体障害者福祉会長 様

埼玉協自動車部会役員 様

賛助会員 様

社会福祉法人

埼玉県身体障害者福祉協会

会長 種村 朋文

自動車部会長 小池 広

(公印省略)

第40回身体障害者運転技能競技大会開催について（通知）

本部会の運営につきましては、平素よりご協力を頂きまして深く感謝申し上げます。

令和2年度 第40回身体障害者運転技能競技大会を、新型コロナウイルス感染症予防対策を徹底したうえで、別紙「第40回身体障害者運転技能競技大会開催要項」に基づき実施致します。

なお、今後感染状況拡大等により中止と判断させていただくこともございます。その場合、9月14日を最終判断とし、別途ご連絡を申し上げます。

以下に該当される方はご来場をお控えいただけますようお願いいたします。

また、該当しない場合も、疲労・体調不良等により免疫力が低下されている方は、ご来場をお控えください。

-
- ・ 10日以内に感染が明らかな方との接触歴がある方（医療関係者も含む）
 - ・ せき・鼻水などの風症状や 37.5℃以上の発熱症状がある方

-
- 1、 会場入り口に手指用の消毒液を設置しています。参加者の皆様においては、感染予防の為、各自でマスクの着用、こまめな手洗い等のご協力をお願いいたします。
 - 2、 待機時間等、三密をさけ人と人との間隔を 2 m（最低 1 m）目安に確保してください。
 - 3、 会場到着後、検温及び連絡先のご記入をお願いいたします。
 - 4、 競技大会参加後、万が一新型コロナウイルスと疑われる症状が発生しましたら、速やかに事務局までご連絡ください（電話 0 4 8 - 8 2 2 - 2 7 6 8）

何卒ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

【担当】

埼玉県身体障害者福祉協会

自動車部会 担当 小 野

TEL 048-822-2768

FAX 048-831-6442



第40回身体障害者運転技能競技大会開催要項

1 名 称

第40回身体障害者運転技能競技大会

2 目 的

各市町村福社会の会員で自動車を運転する者が、「身体障害者能力開発訓練センター」東園自動車教習所内にて、主に自家用車を使用して教習所走行コースを自走し、東園自動車教習所の指導員が競技車両に添乗して採点を行う。その中で、シートベルト装着・発進合図・制動・車体感覚・進路変更・直進及び右左折・合図などの各項目について、交通法規にのっとった安全確実な運転を競う。

安全運転の基本は、安全運転の習慣化であることを再確認して、交通事故防止に寄与することを目的としている

3 日 時

令和2年9月21日（祝・月） 開会9時（小雨決行）

受付開始時間 8時30分

（受付は各団体代表者をお願い致します）

* 天候不良の為、中止の場合は前日の夕刻までに代表者にご連絡致します。

4 会 場

身体障害者運転能力開発訓練センター 東園自動車教習所
新座市堀の内2-1-46 （案内図参照）

☎ 048-481-2711

5 主 催

社会福祉法人 埼玉県身体障害者福祉協会

6 主 管

社会福祉法人 埼玉県身体障害者福祉協会 自動車部会

7 後 援（予定）

埼玉県

埼玉県自動車販売店協会

8 協 力

身体障害者運転能力開発訓練センター 東園自動車教習所

- 9 競技内容
教習所コースにおける法規履行と安全運転技能に対する実践の評価
- 10 競技の判定
公認技能検定員による
- 11 競技種目
団体の部（各福祉会で1チーム3名）
3名参加の福祉会が団体の部参加の資格を得る
個人の部（団体の部参加の出場者も含む）
- 12 表彰
団体賞 1位～3位 個人賞 1位～3位
特別賞（飯野杯）・敢闘賞・努力賞・参加賞
- 13 参加費
1名 2,000円（応援者、付添者も同じ）当日受付へ
- 14 募集人員 30名（応援者も含む）
- 15 申込締切日 令和2年9月1日（火）
- 16 申込方法
別紙にて氏名・年令・障害部位・等級・運転免許種類および運転経歴を連絡下さい。
〈埼玉協事務局〉
住所 〒330-0074
さいたま市浦和区北浦和5-6-5
（埼玉県浦和合同庁舎内）
☎ 048-822-2768・6554
FAX 048-831-6442
- 17 その他
（1）当日は午前8時30分までに集合願います。
（2）競技参加車両は各自持込車両使用とします。
（3）当日のお弁当は持ち帰りとし主催者にて準備します。
（4）この事業の傷害保険は埼玉協で加入します。
（5）ゴミ（お弁当・飲み物空容器等）は各自お持ち帰り下さい。

*当日の申込み・キャンセルはご容赦願います

第40回身体障害者運転技能競技大会

申 込 書

締切 令和2年9月1日(火)

	ふりがな 氏 名	年令	障害部位	等級	車椅子	運転免許種類	運転 経歴
参 加 者							

氏名記入者の上位3名が団体戦参加者となります。

持込車輛を複数で使用する場合は氏名を記入して下さい

応 援 者 ・ 付 添 者 氏 名

--	--	--	--

身体障害者福祉会

代表者氏名 _____

F A X (電話) _____