

**障がいのある方の J A F 国内競技運転者許可証／
カートドライバーライセンス取得のための適性審査申請書**

フリガナ		性別	生年月日	満年齢
氏名		男・女	年 月 日	
JAF会員番号(12桁)	(会員の方のみ) — —			
現住所 TEL/FAX	〒 [][][][][][][][][][][][][][][][]			
	都道 府県			
	TEL () ()		FAX () ()	
審査結果送付先	(上記と異なる場合はご記入ください) 〒 —			
障がい名 ※①				
障がいの程度 および症状 ※②				
障がいの原因の 病名(事故名)等	具体的な病名(事故名)等を記入してください。			
取得希望許可証	国内B ・ 国内A ・ カート国内B ・ その他 _____			
参加を希望する 競技種目	(必ず記入してください。)			
その他特記事項：				
<input type="checkbox"/> 以下の「JAFのモータースポーツに関する個人情報の取扱いについて」に同意します。 ※上記口をチェックを入れてください。 <u>JAFのモータースポーツに関する個人情報の取扱いについて</u> 個人情報保護管理者：本部総務部長 【利用目的】・モータースポーツ機関誌の発送・モータースポーツにかかる諸手続きに関する業務・競技結果成績のデータベース構築及びその公表・登録クラブ・団体名簿への掲載(代表者名、連絡担当者名及び連絡先)・ライセンス講習会に関するお知らせ(講師名)・モータースポーツにかかるアンケート調査に関すること・モータースポーツ統計の作成 【委託について】取り扱いの全部または、一部を委託する場合があります。 【開示について】下記に記載の最寄の電話番号にお問い合わせください。 【注意事項】必須項目にご記載いただけない場合は、利用目的に記載した内容が行えない場合があります。 【各地方本部連絡先】北海道：011-857-7155 東北：022-783-2826 関東：03-6833-9140 中部：052-872-3685 関西：072-645-1300 中国：082-272-9967 四国：087-867-8411 九州：092-841-7731				

※①「障がい名」、および※②「障がいの程度および症状」は、障がい者手帳等に記載のとおりご記入ください。

注1) 審査にお時間を頂くことがありますので、予めご了承ください。

注2) 審査に必要な追加の資料をご提出頂く場合があります。