

兵庫県立障害者スポーツ交流館

2025 年度

パラ出前教室

パラスポーツ活動の普及・学習活動を支援します

用具 貸し出し無料

種目 希望の種目をお伝えください

経費 講師派遣費＋交通費

兵庫県内どこにでも行きます 



車椅子バスケットボール



ボッチャ



シッティングバレーボール

お問い合わせ

兵庫県立障害者スポーツ交流館

☎ 078-927-2727

✉ kouryukan@hwc.or.jp



令和7年度 「出前パラスポーツ教室に伴う講師派遣事業」

実 施 要 項

- 1 目 的 兵庫県下の関係機関、団体、施設からの要請を受け、地域・施設へ体育指導員を派遣し、スポーツの普及・振興を推進させることを目的に実施する。
- 2 主 催 社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 兵庫県立総合リハビリテーションセンター
社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター
- 3 実施期間 2025年4月1日～2026年3月31日
- 4 対 象 兵庫県下の関係機関や障害者施設及び団体
- 5 実施方法 実施には委託契約書を締結する。
(1) 実施回数は1機関・団体につき年4回までとする。
(2) 会場は申請者が準備、その費用を負担する。
(3) 教室の広報、募集は申請者が行う。
(4) 教室には、スポーツ保険の加入を勧める。
(5) 特殊な用器具（消耗品以外）は、被申請者が準備する。
- 6 経 費 (1) 講師派遣に係る交通費（依頼者側の規定）と派遣費用1回8,000円とする。

7 内 容

時間	1時間～2時間程度
種目	① レクリエーションスポーツ及びニュースポーツ指導を中心とします。 ② 車いすバスケットボール、陸上、卓球、バドミントン 風船バレーボール、フライングディスク、ボッチャ シッティングバレーボール等、既存のスポーツ。 ※上記に記載のない種目は、応相談。
参加人数	5名～30名程度
指導内容	初心者対象

- 8 申請手続き 別紙申込書に記載のうえ下記の方法で申し込む。
①電話 ②FAX ③郵送 ④メール（返信にお時間をいただく場合があります。）
⑤スポーツ交流館またはふれあいスポーツ交流館に持参
- 〒651-2181 神戸市西区曙町 1070
兵庫県立総合リハビリテーションセンター 県立障害者スポーツ交流館
TEL ; 078-927-2727 (代表) FAX078-927-8022
メール : kouryukan@hwc.or.jp
- 〒679-5165 たつの市新宮町光都 1-7-1
西播磨総合リハビリテーションセンター ふれあいスポーツ交流館
TEL ; 0791-58-1313 (直通) FAX0791-58-1323
メール : info_fureai@hwc.or.jp
- 9 その他 (1) 教室中は、必ずスポーツウエアーを着用（体育館では体育館シューズを使用）
(2) 教室は、安全と円滑な進行を行うため、関係者も介助参加をする。
(3) 参加者の年齢、性別、障害程度や医療的情報を事前に連絡調整する。
(4) いかなる場合も個人情報漏えいしない。

令和7年度

「出前パラスポーツ教室」



講師派遣申請書

施設(団体)名	
代表者	
住所	〒
担当者	
電話番号	— —
緊急連絡先	— —

内 容																													
日時時間帯	第1希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分																												
	第2希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分																												
会 場	会場名																												
	住所 〒																												
	広さ(具体的に)…例)バスケットコート1面分																												
参加人員内訳	<table border="1"> <tr> <td>肢体</td> <td>知的</td> <td>精神</td> <td>視覚</td> <td>聴覚</td> <td>内部</td> <td>介助員</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>合計</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>	肢体	知的	精神	視覚	聴覚	内部	介助員								その他	合計												
	肢体	知的	精神	視覚	聴覚	内部	介助員																						
その他	合計																												
希望内容 or 希望スポーツ種目 ※☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 車いすバスケットボール <input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> 卓球 <input type="checkbox"/> バドミントン <input type="checkbox"/> 風船バレーボール <input type="checkbox"/> フライングディスク <input type="checkbox"/> ボッチャ <input type="checkbox"/> テニス <input type="checkbox"/> シットイングバレーボール ※上記に記載のない種目は、応相談します。																												
備 考																													

※職員記載欄

受付日	年 月 日 ()	備考
受付職員		