

令和元年度 道北地区 初級障がい者スポーツ指導員養成研修会

申 込 書

ふりがな 氏 名		男・女	年 月 日 ( 生 才 )
連絡先	〒 -		
	電話 FAX	携帯電話番号	E-mail アドレス

勤務先 又は 学校名	名称		職種 学年	
	所在地	〒 -		
	電話	FAX		
勤務先・学校名を研修時に配布する受講者名簿に記載して ( 良い ・ 希望しない )				

障害の有無	有・無	障害等級	種 級	車椅子使用	有・無
障害名					

(以下の項目は必ず記入すること)

スポーツ活動歴		
障害のある人との関わり		
受講の動機		
自己紹介	(研修時、受講生全員に配布する名簿に掲載します 50字以内で)	
スポーツおよび 保健福祉に関する 資格	名 称	取得年月日

※お預かりする個人情報適切に管理し、承諾なく目的以外に利用する事、第三者に開示する事はありません。