

令和2年度

初級障がい者スポーツ指導員養成講習会 受講申込書

講 習 会 名	初級障がい者スポーツ指導員養成講習会				
ふ り が な 氏 名		性	男	生年月日	西暦 年 月 日生
		別	女	年 齡	歳 〔年齢は令和2年4月1日現在で 記入してください。〕
現 住 所 TEL・FAX	〒 ー 住所 電話 () FAX ()				
勤務先・学校等 名 称					
勤務先・学校等 所 在 地 TEL・FAX	〒 ー 住所 電話 () FAX ()				
メールアドレス					
障 が い 有 無	無 ・ 有 (障がい名 :)			車いす使用の 有無	無 ・ 有
備 考					

※上記の個人情報は、協会において適切に管理するとともに、初級障がい者スポーツ指導者養成講習会の開催およびその後の諸連絡に関する事務にのみ使用させていただきます。