

受講申込書

講習会名	2019年度 上級障がい者スポーツ指導員養成講習会				
ふりがな		性 別	男	生年月日	西暦 19 年 月 日生
氏名			女	年齢	歳
スポーツ指導員 登録番号	番		取得資格 資格認定日		中級障がい者スポーツ指導員 年 月 日交付
現住所 (自宅) TEL・FAX	〒 TEL () FAX () 携帯電話 ()				
PCメールアドレス					
勤務先・学校等 名称					
勤務先 所在地 TEL・FAX	〒 TEL () FAX ()				
文書の送付先 (いずれかに○)	現住所 ・ 勤務先				
障がいの有無 (いずれかに○)	有 ・ 無		車椅子使用の有無 (いずれかに○)		有 ・ 無
障がい名			手話通訳の有無 (いずれかに○)		有 ・ 無
活動経歴(例;○年～○年、○○パレーホール部コーチ、○年～現在、○○スポーツクラブで児童を対象に週2回指導 等)					
(西暦)	年				
	年				
	年				
	年				
受講動機					
備考					

※上記の個人情報は、本講習会関係資料の送付および本事業を実施する際に利用いたします。

＜記入上の注意＞

1. 登録番号、資格認定日を再度確認すること。不明の場合は、申込み先へ連絡し確認をすること。
2. 主催者へ連絡事項等があれば、備考欄に記載すること。
3. 申込みは、本受講申込書と障がい者スポーツ指導者手帳の活動実績証明のコピーを添付すること。
4. 勤務先・学校等の名称については、受講者名簿に記載させていただき、資料といたします。