令和５年度　障がい者スポーツ研修講座　受講申込書

ふりがな		男・女	年　月　日生 （　歳）
氏　名			
障がいの有無	有（　） ・ 無		
住　所	〒		
電話番号		**携帯電話**	
FAX番号		**メールアドレス**	
職　業 （勤務先）			
勤務先住所	〒		
受講希望理由			
問い合わせ先	〒815-0031 福岡市南区清水1－17－15 福岡市立障がい者スポーツセンター TEL：０９２－５１１－１１３２ FAX：０９２－５５２－３４４７ 担当：丸山（まるやま）・松崎（まつざき）		
備　考			
受付年月日	年　月　日	**受付者氏名**	