受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 講習会名 | 障害者スポーツサポーター研修会 |
| ふりがな |  | 性別 | 男　　　　・　　　　女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日年齢 | 西暦　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　　月　　　　　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| 障がい者スポーツ指導者資格 | 初級　　　　・　　　　中級　　　　・　　　　上級　　　　・　　　　トレーナー　　　　・　　　　無資格　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いずれかに　〇　をつけてください。 |
| 現住所 | 〒TEL　：　 |
| メールアドレス |  |
| 勤務先・学校等名称 |  |
| 障害の有無 | 有　　　・　　　無 | 車いす使用の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 障害の名称 |  | 手話通訳の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 受講動機 |  |

※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させていただきます。