

受講申込書

講習会名	平成29年度公認初級障がい者スポーツ指導員養成講習会				
ふりがな		性	男	生年月日	西暦 年 月 日生
氏名		別	女	年齢	歳
現住所	〒				
TEL・FAX	TEL ()		FAX ()		
メールアドレス	メールアドレス:				
勤務先・学校等 名称					
勤務先・学校等 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	
受講動機					
関わりのある スポーツ及び 活動場所					
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させていただきます。

＜記入上の注意＞

1. 学生の方は学校名の横に(学生)と明記すること。
2. 主催者へ連絡事項等あれば備考欄に記載すること。
3. 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ます。

・本講習会は3日間18時間のカリキュラム受講をもって修了とし修了者には、社会福祉法人沖縄県身体障害者福祉協会会長名の修了証を授与する。またこの講習会は公益財団法人日本障がい者スポーツ協会認定初級障がい者スポーツ指導員として資格取得認定が受けられます。