

宮城県 初級障がい者スポーツ指導員養成講習会 受講申込書

受講会場	県北地区		記入日： 年 月 日	
ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日	
現住所	〒			
	TEL		FAX	
	携帯電話(当日連絡先)			
	e-mail			
勤務先 または 学校名				
勤務先 または学校 所在地	〒			
	TEL		FAX	
障がいの有無	なし あり (障がい名)			
	車いす使用の有無		有・無	
	手話通訳の有無		有・無	
得意なスポーツ 資格, 指導歴等				
活動状況	(1) 個人で活動している (内容)			
	(2) グループで活動 (内容)			
	(3) 特に活動していない			
受講の目的 (具体的に)	※受講のきっかけや今後どのような形で障がい者スポーツにかかわっていききたいかなど。			
受講決定等 文書の送付先	自宅	勤務先	備考	

注) 性別・ボランティア活動状況・障がいの有無・受講決定文書の送付先欄は、該当する箇所に○印を記入。

学生は、学校名の横に「(学生)」と記入してください。

※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します。