

受講会場	県北地区		記入日： 年 月 日		
ふりがな	性別		生年月日		年齢
氏名	男・女		昭和・平成 年 月 日		歳
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、該当する箇所には○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。