

令和元年度障害者スポーツボランティア養成講習会  
受 講 申 込 書

ふりがな 氏 名		性 別		生年 月日	年 月 日 ( 才)
自 宅 住 所	〒				
	TEL		携 帯		
	FAX		メー ル ア ド レ ス		
勤 務 先 ・ 学 校 機 関 ・ 団 体 等 名 称					
受 講 の 動 機	(この講習会はどこで知りましたか? _____)				
経 験 の 有 無	障害者スポーツ経験	有 ( ) 無			
	ボランティア経験	有 ( ) 無			
所 有 資 格 等					
ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 希 望 地	(例) ○○県○○市 _____				

※ 上記の個人情報は、障害者スポーツボランティア養成講習会に関する目的のみに使用させていただきます。

※ 準備の都合上、令和元年11月29日(金)までに、事務局へお申込みください。

※ (メール・FAX可) E-mail : webmaster@syospo-yamaguchi.jp

※ FAX 083-901-4064