

受 講 申 込 書

講 習 会 名	令和2年度初級障がい者スポーツ指導員養成講習会			＜会場：山口市＞	
ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 齢	
氏 名		男・女	(西暦) 年 月 日生	歳	
現 住 所	〒 ー				
	TEL ()	ー	FAX ()	ー	
勤務先・学校 機関・団体等 名 称					
勤務先・学校 機関・団体等 所 在 地	〒 ー TEL () ー FAX () ー				

障害の有無	有 ・ 無	障 害 の 種 類	該当を○で囲んでください				
			肢体	視覚	聴覚	内部	知的
補 装 具 等	受講時に使用する補装具等をご記入ください（例：車椅子、電動車椅子、両松葉杖 等）						

受 講 の 動 機	
-----------	--

備 考	
-----	--

注) ・ 学生の方は学校名の欄に(学生)と明記してください。

・ 受講に際し、特別な配慮が必要な場合には、その内容を備考欄にご記入ください。

※ 上記の情報は、障害者スポーツ人材養成事業に関する目的のみに使用させていただきます。