

# 平成30年度ボッチャ審判員フォローアップ講習会②

## 参加申込書

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	西暦 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 _____		
TEL・FAX	(TEL)	(FAX)	
所属先 (勤務先・学校等)			
受講・活動 経験等	※ボッチャに関する講習会の受講、活動経験のある方は番号を選択してください。 ※①～⑤に○をつけてください。 ① 日本ボッチャ協会公認審判員養成講習会を受講したことがある。 ② 東京都障害者スポーツ協会主催審判養成講習会を受講したことがある。 ③ 大会での審判経験の経験がある。【 審判 ・ 線審 ・ 計時(タイマー) 】 ④ 地域等でボッチャ競技の普及を行っている。		
資格の有無	ボッチャに関する審判資格をお持ちの方は資格名をお書きください。 資格名【 _____ 】		
障害の有無	あり・なし	障害名	_____
備考	※質問事項など何かございましたらご記入ください。		

※ 個人情報の取り扱いについて

本講習会の申込みにおいて知り得た個人情報は、本講習会運営に関する目的以外には、利用又は第三者に開示及び提供することはありません。

※ 申し込み方法

下記宛に2月20日(水)までに郵送またはFAXでお申し込みください。

※ 申し込み先・問合せ先

〒162-0823 新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ12階  
 公益社団法人東京都障害者スポーツ協会  
 (分室)TEL 03-6265-6001 FAX 03-6265-6077  
 ボッチャ審判員フォローアップ講習会宛