

受 付 日： 月 日
受付番号：

令和7年 月 日

※事務局で記載します

令和7年度 公認初級障がい者スポーツ指導員養成講習会

受 講 申 込 書

フリガナ 氏 名		男・女	生 年 月 日	S ・ H	年 月 日生 歳
現住所	〒				
電話番号	- -	FAX番号	- -		
携帯番号	- -	障がいの有無 (いずれかに○)	有 () ・ 無		
メールアドレス	※ Zoom受講の方は、PC等使用機器のアドレスをご記入ください。				
車椅子 (いずれかに○)	使用 ・ 不使用	文書送付先 (いずれかに○)	現住所 ・ 勤務先		
勤務先名 (学校等)					
勤務先 (学校等) 住所	〒				
電話番号	- -	FAX番号	- -		
関係する 団体 ※該当者は記載 してください	団体名				
	団体事務局 連絡先電話	- -			
	団体との関係性				
スポーツ歴					
受講の動機					
受講方法	会場で受講 ・ Zoomで受講 (9月7日 ・ 9月14日 ・ 両日) ○をしてください。				
備 考					

※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させていただきます。
また、勤務先・学校等の名称については、受講者名簿に記載させていただきます。