

令和4年度 障がい者スポーツ指導者(初級)養成講習会

受講申込書

							NO.
受講者本人	氏名		男女	生年月日	(西暦) 年 月 日生	歳	
	住所	〒			携帯電話		
	TEL	FAX		E-mail			
勤務先	名称	職名・職務内容					
	所在地	〒					
	TEL	FAX		E-mail			
勤務先以外の所属団体の	団体名						
	事務所所在地	〒					
	TEL	FAX		E-mail			
文書の送付先 自宅 ( ) 勤務先( ) 所属団体( )							
(これまでのスポーツ経験・資格・経歴・活動状況を記入してください。)							
障がい者スポーツ指導歴 年 ヶ月 内容							
(要約筆記者及び手話通訳者) 必要なし・必要(要約筆記・手話通訳)				補装具使用の有無(使用の場合は装具名を記入) 使用( )・使用しない			
新型コロナウイルス感染症予防ワクチン接種 (未接種・1回済・2回済・3回済・4回済に○印) ※ご協力ください。				未接種(予定あり・予定なし)・1回済・2回済・3回済・4回済			
(備考)							