

受付番号 _____

平成24年 月 日

高知県障害者スポーツ指導者協議会
会長 宮地彌典 あて

平成24年度中級スポーツ指導員養成講習会
受講申込

中級スポーツ指導員養成講習会を下記のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名	印		男 ・ 女	生 年 月 日	T ・ S ・ H	年	月	日	生	歳	
勤務先 (学校)											
勤務先 住所	〒										
電話番号	- -		FAX番号		- -						
自宅 住所	〒										
電話番号	- -		FAX番号		- -						
携帯番号	- -										
日本障害者 スポーツ協会 取得資格					登録番号						
					登録日						
障害の有無	有 ・ 無	障害名					車椅子の使用	有 ・ 無			
講習会使用テキスト(いずれかに○) ※持っていない方は必ず購入すること		購入を する ・ しない	「障害者スポーツ指導教本(初級・中級)」								
		購入を する ・ しない	「全国障害者スポーツ大会競技規則集(H24年度版)」								
受講の動機(障害者スポーツとの関わりや今後やってみたいこと等も)											

※受講者名簿を作成しますので、記載先を選択してください(自宅・勤務先)

必要事項に○をしてください。

昼食 : 弁当の注文が必要な日に○をしてください。(9/15・9/16・9/17・1/12・1/13・1/14)

交流会 : 欠席・出席 ※日程調整中