

FAX 087-867-0420

令和元年度(2019年度)中国四国ブロック障がい者スポーツ指導者協議会

障害区分判定 伝達講習会

申込書

フリガナ	
氏名	
生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
自宅住所 連絡先	<p>〒 住 所</p> <p>TEL FAX</p> <p>携帯</p> <p>e-mail</p>
勤務先	<p>勤務先名</p> <p>〒 住 所</p> <p>TEL</p>
障がいの 有無	<p>有 ・ 無</p> <p>★「有り」の方、障害の種類 該当を○で囲んでください</p> <p>肢体(上肢・下肢) 視覚 聴覚 内部 知的 精神 その他 ()</p> <p>車いすの使用 (有 ・ 無)</p>
資格・所属	<p>・障がい者スポーツ指導者</p> <p>初級 中級 上級 コーチ スポーツ医 スポーツトレーナー</p> <p>・一般() · 学生()</p>
クラス分け経験 の有無	<p>全国障がい者スポーツでクラス分けなど関わりがありますか？</p> <p>有 ・ 無</p> <p>※有の方は具体的に教えてください ()</p>

※ 上記の個人情報に関しては、中国四国ブロック研修会に関することのみに使用します。

※ どちらかに○をつけてください。