

受付番号

平成27年 月 日

高知県障がい者スポーツ指導者協議会
会長 宮地彌典 あて

平成27年度公認中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(理学療法士対象)

受講申込

中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(理学療法士)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	— —										
日本理学療法士協会登録番号											
登録年月日											
障害の有無	有 ・ 無	障害名						車椅子の使用	有 ・ 無		
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)											

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。(7/18、7/19、7/20、9/19、9/20、9/21)
弁当1個600円

