

平成29年度 中・四国ブロック障がい者スポーツ指導者研修会 申込書

フリカナ 氏 名		生年月日	昭和 平成 年 月 日(歳)
自宅住所 連絡先	〒 住所 TEL FAX 携帯 E-mail		
勤務先	勤務先名 〒 住所 TEL FAX		
障がいの有無	有・無 ★障がいの種類 該当を○で囲んで下さい。 肢体(上肢・下肢) 視覚 聴覚 内部 知的 精神 その他 車椅子の使用 (有・無)		
資格・所属	・障がい者スポーツ指導者 初級 中級 上級 コーチ スポーツ医 スポーツトレーナー ・一般() ・学生()		
指導経験の有無	脳性麻痺の方に支援やスポーツ指導をしていますか? 有・無 いずれかに○をつけてください。 ★有の方は具体的に教えてください。 ()		

※ 上記の個人情報に関しては、中・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○を付けてください。

12月17日(日)の弁当について

700円(お茶付、消費税込)、代金は、12月16日の受付時に集金します。

お弁当を 注文します ・ 注文しません

懇親会出欠確認

懇親会参加の方は、受付時に会費を徴収します。(当日のキャンセルはできません。)

懇親会に 参加する ・ 参加しない