

令和３年度鳥取県障がい者スポーツ指導者スキルアップ講習会
参 加 申 込 書

ふりがな		性 別	生年月日（西暦）
氏 名		男 ・ 女	年 月 日
住 所	〒 ー ----- ※県外在住者は鳥取県内の在学、在勤先をご記入ください。 ()		
連絡先 (日中の連絡先)	TEL		
	FAX		
	E-mail		
案内通知方法	E-mail ・ 郵送		
公認障がい者 スポーツ 指導員資格	資格保持者は該当に○をしてください 初級 中級 上級 コーチ トレーナー スポーツ医		
	指導員手帳に記載されている登録番号をご記入ください		
障がい者 スポーツの 関わり	【例】〇〇で指導している、大会、審判、運営のサポートをしているなど		
参加理由			
連絡事項	問い合わせ等がありましたらご記入ください		

※該当の方のみご記入ください

障がいの有無	有 ・ 無	手話通訳	要 ・ 不要		
障がいの種類	※該当に○をしてください				
	肢体	視覚	聴覚	内部	知的
	障がい名				
使用補装具	受講時に使用する補装具をご記入下さい【車椅子、杖、サポーターなど】				

※上記の個人情報は、本講習会及び障がい者スポーツ活動への案内に関する目的のみに使用させていただきます。