

西九州大学 健康福祉学部 スポーツ健康福祉学科 山田力也 宛

ファックス送付先： 0952-37-9281

E-mail 送付先：yamadar@nisikyu-u.ac.jp

九州ブロック障がい者スポーツ指導者認定校研修会申込書

※申込書のデータ版を希望される場合は上記メールアドレスまでご連絡ください。

| | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| 氏名(代表者※) | | | |
| 住所 | | | |
| TEL 及び FAX | | | |
| E-mail | | | |
| 学校名及び所属 | | | |
| 備考(手話及び配慮が必要な場合は記入して下さい) | | | |

※学校等で一括して申し込まれる場合は、上記に代表者(教職員名)をご記入いただき、下記に学生参加者氏名を記入して下さい。

【学年・参加者氏名】※無料バス利用希望者は「バス」に○印を付けて下さい。

| | | | | | |
|---|----|---|----|---|----|
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |

※なお、ご提供いただきました個人情報につきましては、個人情報保護法に則り、本研修会のみ用いるものとし、第三者に提供または開示いたしません。

九州ブロック障がい者スポーツ指導者認定校研修会申込書

【学年・参加者氏名】※無料バス利用希望者は「バス」に○印を付けて下さい。

| | | | | | |
|---|----|---|----|---|----|
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |
| 年 | バス | 年 | バス | 年 | バス |

※なお、ご提供いただきました個人情報につきましては、個人情報保護法に則り、本研修会のみを用いるものとし、第三者に提供または開示いたしません。