

『第3回ボッチャ教室 スタッフ参加申し込み』

参加いたします

フリガナ

氏名 _____

連絡先の住所

自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○)

〒 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-mail _____

(e-mailによる連絡に、ご協力ください)

取得資格 : 初級 ・ 中級 ・ 上級 ・ コーチ

ボッチャ審判資格 : 有 ・ 無

申込先 〒860-8518 熊本市山室 6-8-1
熊本障がい者スポーツ指導者協議会
(熊本機能病院内)

FAX 番号 096 - 346 - 0302

— FAX 返信用紙 —

(郵送・E-mailでも可)

ボッチャ教室 参加申込書

所 属				
チーム名				
1	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	障がいの有無	有 ・ 無	障がい名	性別
				男 ・ 女
2	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	障がいの有無	有 ・ 無	障がい名	性別
				男 ・ 女
3	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	障がいの有無	有 ・ 無	障がい名	性別
				男 ・ 女
4	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	障がいの有無	有 ・ 無	障がい名	性別
				男 ・ 女
代表者 連絡先	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	TEL		FAX	
	e-mail			
備 考				