

平成 31 年 1 月 吉日

熊本障がい者スポーツ指導者協議会
クラス分け部会・トレーナー部会
平成 30 年度活動希望者 各位

熊本障がい者スポーツ指導者協議会
会長 辻 啓司 (公印省略)
熊本市支部長 東 利雄

『第 1 回 クラス分け部会・トレーナー部会』開催について

厳寒の候 皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、当協議会の活動および障がい者スポーツの振興に多大なご支援、ご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、本年度の活動希望調査において「クラス分け部会・トレーナー部会」での活動を希望された皆様に参集頂き、今後の体制・活動方針等を検討したいと思います。

お忙しいところ大変恐縮ですが、万障お繰り合わせのうえ、ご参加頂きますよう案内申し上げます。平成 31 年 2 月 25 日 (月) までに下記申込み先まで FAX もしくは郵送で参加の可否をお知らせ下さい。

記

日 時 : 平成 31 年 3 月 3 日 (日)
13 時 30 分受付 14 時開始 15 時 30 分終了予定
場 所 : 熊本機能病院 地域交流館市民塾ホール
内 容 : クラス分け部会・トレーナー部会の活動について
参加対象者 : 本協議会会員で平成 30 年度活動調査で希望した者
申 込 先 : 〒860-8518 熊本市山室 6-8-1
熊本機能病院 総合リハビリテーション部
東 利雄 宛
FAX : 0 9 6 - 3 4 1 - 0 5 1 2
TEL : 0 9 6 - 3 4 5 - 8 1 1 1 (PHS 3 0 8 9)

－ FAX 返信用紙 －

(郵送でも可)

『第 1 回 クラス分け部会・トレーナー部会』参加確認書

どちらかにをして下さい： 出席する 欠席する

ふり かな
氏 名 _____

連絡先の住所

自宅・勤務先 (どちらかに○を)

〒 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-mail (パソコン) _____

取得資格 初級・中級・上級・コーチ・障がい者スポーツトレーナー

申込先 〒860-8518 熊本市山室 6-8-1

熊本機能病院 総合リハビリテーション部

FAX 番号 096-341-0512

東 利雄 宛