

# 令和3年度中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(佐賀)

## 受 講 申 込 書

ふりがな		男	生年月日	西暦	年
氏 名		・	11月11日	月	日生(歳)
初級指導員 登録番号		女	現在		
		資格認定日		年	月 日
現住所	〒 -				通知等送付先
					(いずれかに○)
	電 話 ( ) -				・現住所
	FAX ( ) -				・所属先
	メールアドレス				
学校・勤務先等名称 (職業)	( )				
学校・勤務先等 所在地	〒 -				
	電 話 ( ) -				
専門スポーツ種目 (自身のスポーツ歴)					
障がい者スポーツ での主な活動内容	※全国障害者スポーツ大会に関する活動 (いずれかに○)				
				有(地域予選会・全国大会)	無
受講動機					
障がいの有無	有・無	障がい名			
車いす使用の有無	有・無	手話通訳の 有無	有・無		
特記事項	※今後、佐賀県障がい者スポーツ協会からの案内送付を【希望する・希望しない】				

※上記の個人情報は、本講習会関係資料の送付および本事業実施する際に利用させていただきます