

受 講 申 込 書

講習会名	中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(4)滋賀			H.29: 日本体育協会指導者対象	
ふりがな		性 別	男 女	生年月日	西暦 19 年 月 日生
氏 名				年 齢	歳
日体協資格	取得資格名称	種目名	登録番号		資格認定日
					昭和・平成 年 月 日
					昭和・平成 年 月 日
					昭和・平成 年 月 日
初級障がい者・ スポーツ指導員資格	有 ・ 無			「有」の場合、登録番号：	
現 住 所 (自宅) TEL・FAX	〒 TEL () FAX ()				
勤務先・学校等 名 称					
勤務先・学校等 所 在 地 TEL・FAX	〒 TEL () FAX ()				
メールアドレス					
専門スポーツ種目 (自身のスポーツ歴)					
活動経歴(例; 〇年～〇年、〇〇バレーボール部コーチ、〇年～現在、〇〇スポーツクラブで児童を対象に週2回指導 等)					
(西暦)	年				
	年				
	年				
	年				
	年				
本講習会の受講動機					
障がいの有無 (いずれかに○)	有 ・ 無	車椅子使用の有無 (いずれかに○)		有 ・ 無	
障 がい 名		手話通訳の有無 (いずれかに○)		有 ・ 無	
講習会使用テキスト (いずれかに○) ※必ず準備すること	個人で準備する・当日購入する	新版 障がい者スポーツ指導教本 (初級・中級)		2,500円	
	個人で準備する・当日購入する	全国障害者スポーツ大会競技規則集 平成29年度版		1,000円	
文書の送付先	現住所 ・ 勤務先 ※いずれかに○				

※受講者名簿を作成します。勤務先所在地(ない場合は現住所)の市町村名までと、勤務先名を記載します。
上記の個人情報は、中級障がい者スポーツ指導員養成講習会に関する目的のみに使用させていただきます。