

平成30年度福岡市中級障がい者スポーツ指導員養成講習会

受講申込書

ふりがな 氏名	性 男 別 女		生年月日 年齢	西暦 年 月 日生 歳
	スポーツ指導員 登録番号	資格取得 認定日		西暦 年 月 日 交付 ※2016年8月1日以前に交付された 資格が対象となります。
文書の送付先 (いずれかに○)	現住所 ・ 勤務先			
現住所	〒 -			
TEL・FAX E-mail	TEL ()	FAX ()		
	携帯 ()	E-mail:		
勤務先・学校等 名称				
勤務先・学校等 所在地	〒 -			
TEL・FAX	TEL ()	FAX ()		
障がいの有無 (いずれかに○)	有 ・ 無	車いす使用の有無 (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	
テキスト (いずれかに○) ※持っていない方は 必ず購入してください。	購入を する ・ しない	新版障がい者スポーツ指導教本(初級・中級)	2,500円	
	購入を する ・ しない	全国障害者スポーツ大会競技規則集(30年度版)	1,000円	
活動経歴	(例:○年～○年、○○大学バレーボールクラブ コーチ :○年～現在、○○スポーツクラブ 指導員)			
年～ 年				
年～ 年				
年～ 年				
年～ 年				
受講の動機				
備考				

※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を実施する際に使用いたします。

＜記入上の注意＞

- ①登録番号、資格認定日を再度確認すること。不明の場合は、申込み先へ連絡し確認すること。
- ②学生の方は学校名の横に「(学生)」と明記すること。
- ③主催者(事務局)へ連絡事項等があれば、備考欄に記載すること。
- ④申込みは、受講申込書と障がい者スポーツ指導者手帳の活動実績証明書のコピーを添付すること。
- ⑤勤務先・学校等の名称については、受講者名簿に記載させていただき、資料といたします。

【申込み・問合せ先】 福岡市障がい者スポーツ協会 担当:小城(おぎ)

〒810-0062 福岡市中央区荒戸3-3-39 福岡市市民福祉プラザ3階

TEL: 092(781)0561 FAX: 092(781)0565

E-mail: fukuoka@suporeku-fuku.com