

受付番号 _____

平成24年 月 日

高知県障害者スポーツ指導者協議会
会長 宮地 彌典 あて

平成24年度中級スポーツ指導員養成講習会
受講申込

中級スポーツ指導員養成講習会を下記のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名	男 女	生 年 月 日	T ・ S ・ H	年 月 日生 歳
勤務先 (学校)				
勤務先 住所	〒			
電話番号	— —	FAX番号	— —	
自宅 住所	〒			
電話番号	— —	FAX番号	— —	
携帯番号	— —			
日本障害者 スポーツ協会 取得資格	登録番号			
	登録日			
障害の有無	有・無	障害名	車椅子の使用	有・無
講習会使用テキスト(いずれかに○) ※持っていない方は必ず購入すること	購入を する ・ しない	「障害者スポーツ指導教本(初級・中級)」		
	購入を する ・ しない	「全国障害者スポーツ大会競技規則集(H24年度版)」		
受講の動機(障害者スポーツとの関わりや今後やってみたいこと等も)				

※受講者名簿を作成しますので、記載先を選択してください(自宅・勤務先)

必要事項に○をしてください。

昼食 : 弁当の注文が必要な日に○をしてください。(9/15・9/16・9/17・1/12・1/13・1/14)

交流会 : 欠席・出席 ※日程調整中