

受付番号 \_\_\_\_\_

平成27年 月 日

高知県障がい者スポーツ指導者協議会  
会長 宮地 彌典 あて

平成27年度公認中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(理学療法士対象)  
受講申込

中級障がい者スポーツ指導員養成講習会(理学療法士)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	— —				
日本理学療法士協会登録番号					
登録年月日					
障害の有無	有・無	障害名		車椅子の使用	有・無
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)					

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。(7/18、7/19、7/20、9/19、9/20、9/21)  
弁当1個600円

