

FAX 087-867-0420

令和元年度(2019年度)中国四国ブロック障がい者スポーツ指導者協議会
障害区分判定 伝達講習会
申 込 書

フリガナ	
氏 名	
生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
自宅住所 連絡先	〒 住 所 TEL 携帯 e-mail FAX
勤務先	勤務先名 〒 住 所 TEL
障がいの 有無	有 ・ 無 ★「有り」の方、障害の種類 該当を○で囲んでください 肢体(上肢・下肢) 視覚 聴覚 内部 知的 精神 その他 () 車いすの使用 (有 ・ 無)
資格・所属	・障がい者スポーツ指導者 初級 中級 上級 コーチ スポーツ医 スポーツトレーナー ・一般()・学生()
クラス分け経験 の有無	全国障がい者スポーツでクラス分けなど関わりがありますか？ 有 ・ 無 ※有の方は具体的に教えてください ()

※ 上記の個人情報に関しては、中国四国ブロック研修会に関するもののみに使用します。

※ どちらかに○をつけてください。