

(別紙_1)

受講会場	県南地区		記入日： 年 月 日	
ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳
現住所	〒			
	TEL		FAX	
	携帯電話（当日連絡先）			
	e-mail			
勤務先 または 学校名				
勤務先 または学校 所在地	〒			
	TEL		FAX	
障がいの有無	なし あり （障がい名 ）			
	車いす使用の有無 有 ・ 無		手話通訳の有無 有 ・ 無	
得意なスポーツ 資格、指導歴等				
活動状況	(1) 個人で活動している （内容 ）			
	(2) グループで活動 （内容 ）			
	(3) 特に活動していない			
受講の目的 （具体的に）	※受講のきっかけや今後どのような形で障がい者のスポーツにかかわっていききたいかなど。 			
受講決定等 文書の送付先	自 宅 勤務先		備考	

注) 性別・ボランティア活動状況・障がいの有無・受講決定文書の送付先欄は、該当する箇所に○印を記入。

学生は、学校名の横に「（学生）」と記入してください。

※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利用します。