

平成30年度初級障がい者スポーツ指導員養成講習会(佐賀)

参 加 申 込 書

ふりがな		男 ・ 女	生年月日 (年齢)	S・H 年
氏名				月 日生 (歳)
現住所	〒 -			通知等送付先
				(現住所又は所属先のいずれかに○)
	電話 ()	-		
	ファクス ()	-		
所属先又は勤務先				
所属先又は勤務先住所	〒 -			通知等送付先
				(現住所又は所属先のいずれかに○)
	電話 ()	-		
	ファクス ()	-		
資格等の有無	障がい者等の支援、医療又はスポーツ等に関する資格があれば記入してください。 (PT/看護師/ヘルパー/陸協公認審判等)			
障がいの有無	有 ・ 無	有の場合は障がいの内容・程度		
弁当注文の要・不要 (1食600円程度)	6/10	要 ・ 不要	6/17	要 ・ 不要
	6/24	要 ・ 不要		
特記事項	手話通訳の必要等			