

受講会場	県南地区		記入日： 年 月 日	
ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日	
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	〒			
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。