

申込み切：平成29年10月27日（金） FAX：0852-32-5982

平成29年度島根県障がい者スポーツ指導員養成研修会受講申込書

本書記入日：平成29年 月 日

1	ふりがな								
	氏名								
2	性別	男	・	女					
3	生年月日	大正	・	昭和	・	平成	年	月	日（ ）歳
4	電話番号	（ ）	—	※日中に連絡が取れる番号をご記入ください					
5	住所	〒 —							
6	勤務先 (任意)				職名（ ）				
7	スポーツ／福祉／保健衛生 分野の所有資格								
8	過去受講状況	無	・	有	（	昭和	・	平成	年度）
9	宿泊希望 ※いずれかに○	希望する			・	希望しない			
10	食事希望 ※必要なものに ○を記入	9日（土）		10日（日）					
		昼食（590円）	夕食（610円）	朝食（490円）	昼食（590円）				
11	日程②への参加希望 ※いずれかに○	参加する			・	参加しない			
12	受講に際し、支援が必要な方は下記にご記入ください。（例：手話が必要、等）								
13	本研修受講後、指導員として参加したいと考える活動があればご記入ください。								

【お申込み・お問い合わせ先】

〒690-0011 松江市東津田町1741-3 いきいきプラザ島根内
公益財団法人島根県障害者スポーツ協会事務局（担当：周藤）
TEL：0852-20-7770 / FAX：0852-32-5982

※受講者の個人情報は、研修時の受講者名簿、名札の作成、研修会に関する連絡、履修状況管理、修了証書の発行等、研修会関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。