申込先⇒公益財団法人島根県障害者スポーツ協会

ＦＡＸ　０８５２－３２－５９８２

ボッチャ指導者養成講習会　参加申込書

記入日：令和元年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 連絡先(勤務先・自宅)↑いずれかに〇 | 勤務先名称 | ※連絡先を自宅とする場合、記入は任意です※連絡先を勤務先とする場合は必ず記入してください |
| 所在地（住所） | 〒※連絡先を勤務先とする場合は事業所名を必ず記入してください |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| メール |  |
| スポーツ/福祉/保健衛生分野の所有資格 |  |

※本申込書に記載の個人情報は、本講習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。