**バイスキー実技講習会参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  |
| 連絡先 | 〒 |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　　（携帯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※中止等の連絡を行います |
| E-mail |
| 参加区分(〇をつけてください) | １．（公財）日本パラスポーツ協会公認パラスポーツ指導員２．　島根県スキー連盟会員の方３．　その他 |
| 参加希望日(〇をつけてください) | １．1月１３日（土）　２．１月１４日（日）　３．両日とも |
| リフト券(〇をつけてください) | 要　　・　　不要 |
| 備　考 | ※ご質問等があればご記入ください |

【お申込・お問合せ先】

〒690-0011 松江市東津田町1741-3 いきいきプラザ島根5F

（公財）島根県障害者スポーツ協会（担当／吉岡・周藤）

Tel:0852-20-7770　　FAX:0852-32-5982　　E-Mail:info\_office@spokyo.org