

平成30年度 障害者フライングディスク指導者養成講習会

受講申込書

個人情報とは本件以外には使用いたしません。

ふりがな 氏名		男 女	大正 昭和 平成	年	月	日	才
自宅	〒 TEL () FAX () e-mail ()						
勤務先		職名					
勤務先所在地	〒 TEL () FAX () e-mail ()						
障がいの有無	無 / 有 ()						
日本障害者フライングディスク連盟公認指導者資格の有無	無 有						
日本障害者スポーツ協会公認指導者資格の有無	無 初級 中級 上級 スポーツコーチ						
弁当の希望(2日目のみ)	無 有						