

第24回宮崎県初級障がい者スポーツ指導員養成講習会

受 講 申 込 書

ふ り が な			生 年 月 日	性 別
氏 名			(昭和 ・ 平成) 年 月 日 () 歳	男 ・ 女
現 住 所	〒 (-)			
	メールアドレス			
	電 話			
勤 務 先 名 称 (学 校 名)	(在学中の場合は、学校名を記入)		職務内容 (具体的に)	(専門課程等を記入)
勤 務 先 住 所	〒 (-)			
	電話	内線	FAX	
文 書 送 付 先	・ メール ・ 現住所 ・ 勤務先 (希望送付先に○をつけてください。できるだけメールをお願いします)			
運 動 歴				
受 講 の 動 機 (障がい者スポーツ との関わりや今後 やってみたいこと等)				
備 考	※ 障がいのある方は、「障がい名」と車いす使用の有無をお書きください。			

※ 上記の個人情報は、初級障がい者スポーツ指導員養成講習会に関する目的のみに使用させていただきます。

申込先 〒880-0007 宮崎市原町2-22
宮崎県障がい者スポーツ協会

TEL 0985-27-7417

E-mail m.syospo@cotton.ocn.ne.jp