

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・伊藤）  
 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。