

受付番号(事務局記載) : No. _____

令和6年度愛知県障害者スポーツ指導員養成研修会受講申込書

ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号	() -		※連絡のつく番号を記載してください。
E-mail			
勤務先又は学校名			
所在地	〒		
	() -		
指導できるスポーツ等の種目			
各種スポーツ団体等による資格の有無	有 (資格名称等:) 無		
現在取り組んでいるスポーツ・レクリエーション等(複数記入可)	種目		
	活動内容		
障害の有無	有 (障害名:) 無		
車椅子使用の有無	有・無	手話通訳の要否	必要・不要
その他配慮の必要なこと			

※必要事項を記入し、該当するものに○をつけてください。

注1: 手書きの際は、大きく、濃く分かりやすい字で記入してください。

注2: 必ず郵送によりお申し込みください。郵送以外の申込は受け付けられません。

注3: 応募者多数の場合は抽選となります。受講の可否については、別途お知らせします。

(郵送先) 〒461-0011 名古屋市東区白壁一丁目50番地
社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 障害者スポーツ振興センター