

参加申込書

個人記載用

講習会名	平成30年度 全国障害者スポーツ大会障害区分判定研修会				
ふりがな			性別	男 ・ 女	生年月日 年 月 日
氏名					西暦 19 年 月 日生 歳
障がい者スポーツ 指導者資格	上 級 ・ 中 級 ・ 初 級 スポーツ医 ・ スポーツトレーナー ・ 未所持			障がい者スポーツ 指導者登録番号	番
その他 所有資格	医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ その他()			障がいの有無	有 ・ 無
				車椅子の使用	有 ・ 無
連絡先	(勤務先 ・ 自宅) 〒				
	TEL ()		FAX ()		
メールアドレス					
携帯電話 (当日の連絡先)					
勤務先	※ 勤務先の名称については、参加者名簿に記載をいたします。				
推薦団体名					
参加条件	※当てはまる条件(番号)を選択ください(開催要項9について)				
	1) ・ 2) ・ 3)				
推薦団体における 区分判定の実績	<活動の詳細について詳しく記入ください> ※今後、障害区分判定業務等に関わっていく予定の方もご記入ください				
希望研修内容 ※希望する内容に ○をつけてください	A	判定が難しい事例の演習 (グループワークを通して考える)			
	B	数多くの事例に触れ、判定の知識・経験をさらに磨きたい (多くの事例判定実践)			
	C	正しい判定手順を学び、障害区分判定の基礎を学びたい (判定手順の獲得)			
	D	行政担当者として、障害区分の基礎を学びたい			
備 考					

※上記の個人情報は、本研修会関係資料の送付、および本事業を実施する際に利用いたします。

<記入上の注意>

1. 登録番号を再度確認すること。不明の場合は、申込み先へ連絡し確認をすること。
2. 連絡事項等あれば備考欄に記載すること。
3. 受講申込みの際は、本参加申込書と推薦書を添付し申し込むこと。